



SKIEROWANIE na badanie przesiewowe

**w kierunku najczęstszych trisomii płodowych przy użyciu
NIEINWAZYJNEGO TESTU PRENATALENGO [NIPT]**

Badanie wykonywane jest we współpracy z Uniwersytetem w Leuven, Belgia

**DANE IDENTYFIKACYJNE PACJENTKI/
IDENTIFICATION of MOTHER**

Imię/name: _____

Ciąża/gestational age: _____ tygodni/weeks

Nazwisko/Surname: _____

(UWAGA: NIPT nie może być wykonany poniżej 11 tygodnia ciąży)

Planowany termin porodu/expected date of delivery:...../...../.....

Adres: _____

- Ciąża/Pregnancy
- pojedyncza/singleton
 - mnoga /multiple

Telefon/Phone: _____

Data urodzenia/Data of birth:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
d d m m r r r r

Waga przed ciążą/ _____ kg
Weight before pregnancy

Wzrost/height : _____ , _____ m

ŚWIADOMA ZGODA/INFORMED CONSENT

WYMAGANA/OBLIGATORY

Test NIPT nie może być wykonany bez podpisania formularza świadomej zgody przez Pacjentkę (na odwrocie).

POBRANIE KRWI/BLOOD SAMPLING

**KREW POWINNA BYĆ DOSTARCZONA DO
LABORATORIUM DO 48 GODZIN OD MOMENTU
POBRANIA**

Krew matki/Maternal blood

- 10 ml STRECK® probówka
- 10 ml probówka Roche cfDNA

- Godzina pobrania krwi/Date of blood sampling krwi:/...../.....
- Godzina pobrania/Time of blood sampling:godz/h.....min

***Laboratorium CM MedGen przyjmuje krew na badanie NIPT od poniedziałku do środy**

WSKAZANIE/INDICATION

Wiek Pacjentki/ _____ lat/years of age
Maternal age

Badanie wykonane na prośbę pacjentki bez wskazań
medycznych / Personal request of patient

Wywiad rodzinny w kierunku chorób
genetycznych/Family history:

Inne istotne klinicznie informacje /Other relevant clinical
information:

Jakich?/Specify _____

Data skierowania: __ / __ / __

**INFORMACJE O JEDNOSTCE KIERUJĄCEJ BADANIE DO CM MEDGEN/ INFORMATION ABOUT
NIPT ORDERING CLINIC to MEDGEN MEDICAL CENTRE**

Nazwa jednostki/Clinic name.....
.....

Adres:.....

Telefon/Phone.....Fax:.....

e-mail:.....

NIP/VAT No.....

Nazwisko i imię lekarza kierującego/Name of referring doctor:
.....

Telefon kontaktowy, e-mail:/Phone, e-mail:
.....

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
Badanie przesiewowe w kierunku najczęstszych trisomii płodowych przy użyciu
NIEINWAZYJNEGO TESTU PRENATALNEGO (NIPT)
INFORMED CONSENT OF THE PREGNANT WOMAN (PATIENT)

ŚWIADOMA ZGODA KOBIETY W CIĄŻY

1. Zostałam poinformowana o możliwościach i ograniczeniach testu które zostały opisane w ulotce informacyjnej. Miałam możliwość uzyskania dodatkowych informacji od lekarza prowadzącego.

I have been informed about the possibilities and limitations of this test, as described in the information brochure. I have had the opportunity to ask additional information from my doctor.

2. Rozumiem, że test jest przeznaczony do wykrywania trisomii chromosomów 13, 18 i 21 pary od 11 tygodnia ciąży. W przypadku podejrzenia zwiększonego ryzyka innej choroby genetycznej (patologii) może być wskazane wykonanie odpowiedniego (innego) testu genetycznego.

I understand that this test is designed to detect trisomy 21, 18 and 13 as from 11 weeks of gestation. Other more appropriate testing may be required when there is an increased risk for certain other genetic disorders.

3. **Test NIPT jest testem przesiewowym.** Aczkolwiek wiarygodność uzyskanego wyniku testu NIPT jest wysoka, **istnieje mimo prawidłowego wyniku testu, niewielkie prawdopodobieństwo, że dziecko urodzi się z trisomią jednego z badanych chromosomów.** Nieprawidłowy wynik testu powinien być zawsze potwierdzony inwazyjnymi metodami diagnostyki prenatalnymi (preferencyjnie amniocentezą).

I have been informed that this test is very accurate, but not 100%. In case of a normal result, the probability that the baby would still have trisomy 21, 18 or 13 is very low, but cannot be completely excluded. An abnormal result should always be confirmed by invasive prenatal testing (preferably amniocentesis).

4. Wynik badania będzie dostępny maksymalnie w ciągu trzech tygodni.

The result will be available within a maximum of three calendar weeks.

5. W około 1,5% przypadków możliwy jest brak wyniku testu z powodu technicznych lub biologicznych. W takim przypadku konieczne będzie pobranie nowej próbki krwi bez ponoszenia dodatkowych kosztów przez Pacjentkę.

I understand that in less than 1,5% of the cases, the NIPT is inconclusive or fails. In this case, the NIPT can be repeated once on a second blood sample (at no additional cost).

6. Wykonywany test NIPT jest testem całogenomowym i podczas badania analizowane są wszystkie chromosomy. W niektórych przypadkach test NIPT może wykryć nieprawidłowości innych chromosomów niż chromosom 13, 21 lub 18, które mogą mieć wpływ na zdrowie dziecka lub moje. Nieprawidłowy wynik testu NIPT wymaga omówienia przez lekarza genetyka klinicznego.

Using NIPT, all chromosomes are analyzed. Therefore, in rare cases, NIPT can also detect other chromosomal abnormalities, such as a trisomy of another chromosome or a chromosome abnormality important for my own health or that of my baby. The Centre for Human Genetics or my gynaecologist will contact me should this be the case.

**ROZUMIEM POWYŻSZE INFORMACJE I ZGADZAM SIĘ NA PRZEPROWADZENIE TESTU NIPT
CELEM WYKRYCIA NAJCZĘSTSZYCH TRISOMII CHROMOSOMOWYCH (13, 18 i 21) U PŁODU.**

**I UNDERSTAND THE ABOVE INFORMATION AND I AGREE THAT NIPT MAY BE PERFORMED FOR THE DETECTION OF
FETAL TRISOMY 13, 18 AND 21.**

PACJENTKA/MOTHER

LEKARZ/CLINICIAN

Imię i Nazwisko/Name:

Imię i Nazwisko/Name:

Data: ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

Podpis/Signature:

Podpis/Signature: