

## فرم رضایت و برائت غربالگری سندرم داون

من فهمیدم که :

- سندرم داون یک اختلال ژنتیکی است که منجر به اختلال در یادگیری خفیف تا شدید به همراه بعضی اختلالات دیگر مثل اختلالات قلبی، گوارشی، بینایی، شنوایی و ... می شود.
- غربالگری سندرم داون به روش ترکیبی (آزمایش و سونوگرافی) در سه ماهه اول دوران بارداری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای ارزیابی احتمال خطر برای غربالگری تمامی زنان باردار با هر سنی، در هفته ۱۱ تا پایان هفته ۱۳ بارداری معرفی و توصیه شده است و انجام آن بستگی به تصمیم گیری و موافقت مادر دارد.
- علاوه بر سندرم داون، دو اختلال دیگر به نام سندرم پائتو و سندرم ادوارد در این روش غربالگری قابل شناسایی هستند و در این سندرمها اختلالات شدید تر از سندرم داون است.
- آزمایش غربالگری سندرم داون در سه ماهه اول بارداری با احتمال ۸۵٪ می تواند وجود خطر احتمال اختلالات نامبرده را در جنین شناسایی نماید. به عبارت دیگر در ۱۵٪ موارد ممکن است جنین مبتلا باشد اما نتیجه آزمایش منفی اعلام شود. همچنین ممکن است در برخی موارد نتیجه آزمایش مثبت گزارش شود ولی جنین مبتلا به این سندرم نباشد.
- در صورت تاخیر در مراجعه پس از سن بارداری ۱۳ هفته، آزمایش سه ماهه دوم درخواست می گردد که از دقت کمتری برخوردار است و فقط سندرم داون را شناسایی می نماید.
- در صورت تمایل مادر، به ویژه در صورت سن ۴۰ سال و بالاتر، سابقه ناباروری و حاملگی با استفاده از روش های کمک باروری، سابقه حاملگی یا تولد فرزند مبتلا به سندرم داون یا وجود شواهد متعدد برای خطر بیشتر تولد نوزاد مبتلا به سندرم داون در سونوگرافی، بجای روش ترکیبی، روش اندازه گیری ماده ژنتیکی جنینی آزاد در خون مادر (NIPT) که دارای حساسیت بیشتر (۹۹٪) و نیز گران تر است، برای غربالگری سندرم داون درخواست می گردد و نتیجه مثبت آن می بایست با آزمایش تشخیص ژنتیک تایید شود.
- در صورت مثبت شدن نتیجه آزمایش های غربالگری و تمایل مادر به سقط درمانی در صورت ابتلا جنین، انجام آزمایش تشخیص ژنتیک برای تشخیص قطعی ضروری است. این آزمایش از طریق وارد کردن سوزن از طریق پوست شکم مادر و نمونه گیری از مایع اطراف جنین انجام می شود و خطر سقط جنین در این نمونه گیری حدود ۱٪ است.
- پس از تشخیص قطعی در صورت ایجاد حرج برای مادر و تمایل وی به سقط درمانی، مراجعه جهت دریافت مجوز قانونی حداکثر تا ۱۸ هفته و ۶ روز بارداری ضروری است. در صورت عدم مراجعه مادر تا قبل از ۱۹ هفته حاملگی و یا تکمیل نبودن مدارک لازم، سقط قانونی جنین امکان پذیر نمی باشد.
- مسوولیت عدم انجام آزمایشات درخواستی، عدم مراجعه و یا تاخیر در مراجعه برای انجام به موقع آزمایش ها برعهده اینجانب بوده و در این شرایط برائت مراقبین و متخصصین گروه پزشکی را از هرگونه مسوولیت اعلام می نمایم.
- مادر می تواند در هر مرحله از روند غربالگری و تشخیص از ادامه روند انصراف دهد.
- اطلاعات مربوط به غربالگری با رعایت اصول محرمانگی در اسرار پزشکی در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد.
- بدین وسیله در کمال صحت عقل و سلامت روان و با عنایت به اینکه از تمامی مطالب فوق الذکر به طور کامل و جامع اطلاع یافته و آگاهی کامل کسب نموده، رضایت/ انصراف خود را برای انجام غربالگری سندرم داون مطابق با مفاد دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی اعلام می نمایم.



- شماره تلفن تماس در مواقع ضروری (از این شماره برای پیگیری روند غربالگری و فراخوان و اطلاع رسانی در مواقع ضروری استفاده می شود).  
شماره ثابت ..... شماره همراه .....

اینجانب ..... در تاریخ ..... پس از مطالعه متن آموزشی مطالب این فرم را مطالعه نموده و رضایت خود را برای انجام غربالگری اعلام می دارم. امضاء و اثر انگشت:
اینجانب ..... در تاریخ ..... پس از مطالعه متن آموزشی مطالب این فرم را مطالعه نموده و تمایلی به انجام غربالگری ندارم. امضاء و اثر انگشت:
اینجانب ..... در تاریخ ..... پس از مطالعه متن آموزشی مطالب این فرم را مطالعه نموده انصراف خود را از ادامه انجام غربالگری اعلام می دارم. امضاء و اثر انگشت:

مهر و امضاء پزشک / ماما .....

محل ارائه خدمت مراقبت بارداری: □ مطب خصوصی □ پایگاه سلامت مرکز خدمات جامع سلامت .....

[Type here]