

## پیوست شماره ۴ - فرم رضایت نامه آگاهانه زنان باردار منتخب انجام تست نمونه برداری از پرزهای جفتی

بدینوسیله اینجانب تأیید می‌نمایم که از دکتر (نام، نام خانوادگی) ..... اطلاعات و مشاوره در خصوص تست نمونه برداری از پرزهای جفتی را در تاریخ ..... دریافت کرده‌ام. امضا .....

**تست نمونه برداری از پرزهای جفتی:** روشی است که در آن نمونه برداری کوچکی از جفت بعمل می‌آید. جفت ارگانی در داخل رحم زن باردار است که وظیفه انتقال اکسیژن و موارد غذایی به جنین را دارد.

- شایعترین علت انجام آن بررسی از نظر احتمال ابتلای به یک مشکل ژنتیک جنین مانند سندرم داون هست و نتایج آن ممکن است تأثیر مهمی در مدیریت بارداری یا تمایل و تصمیم زوجین برای ادامه یا خاتمه بارداری داشته باشد.

- نمونه برداری از پرزهای جفتی معمولاً بین هفته های ۱۰ تا ۱۳ بارداری در صورت تأیید پزشک معتمد دانشگاه انجام می‌شود. زنان باردار در صورت داشتن نتایج مثبت حاصل از غربالگری سندرم داون در سه ماهه اول بارداری قبل از تولد ممکن است برای تست نمونه برداری از پرزهای جفتی انتخاب شوند:

- این روش خطرات مختلفی را به همراه دارد، از جمله:

✓ سقط ۱ تا ۳ در ۱۰۰ مورد

✓ عفونت

✓ آسیب ناشی از سوزن

✓ حساسیت Rh: به ندرت، ممکن است منجر به وارد شدن سلول‌های خونی جنین به جریان خون مادر شود. اگر زن باردار گروه خونی Rh منفی دارد، در صورت RH مثبت یا نامشخص همسر، تزریق فرآورده‌ای به نام Rh ایمونوگلوبولین برای وی صورت می‌گیرد.

- آیا این تست، جایگزینی هم دارد؟

آمنیوسنتز که بر اساس نمونه برداری از مایع آمنیوتیک (مایع اطراف جنین در رحم) می‌باشد، می‌تواند تست جایگزین باشد که البته در سن بارداری ۱۵-۱۸ هفته انجام می‌شود.

- کدام تست ارجح است؟

در صورتی که بر اساس نتایج غربالگری سه ماهه اول بارداری، تست تشخیصی بایستی انجام شود، تنها دلیلی که ممکن است مادر نمونه برداری از پرزهای جفتی را انتخاب کند امکان انجام آن در سن پایین تر بارداری و سرعت حصول نتیجه است.

**نکته:** خطر سقط جنین سالم با هر دو روش (آمنیوسنتز و نمونه برداری از پرزهای جفتی) وجود دارد.

در صورت پاسخ قطعی دال بر ابتلای ژنتیک جنین به سندرم داون اقدام بعدی مشاوره ژنتیک جهت تصمیم گیری برای ادامه روند بارداری یا ختم آن خواهد بود .

### بیانیه رضایت متقاضی:

اینجانب .....ضمن شرکت در جلسه مشاوره تست تشخیصی نمونه برداری از پرزهای جفتی و با مطالعه اطلاعات بالا اعلام می دارد :

من در مورد قابل اطمینان بودن نتایج تست و میزان اطمینان از نتیجه این تست به عنوان پیش بینی کننده بیماری مدنظر در جنین اطلاعات کافی را کسب کرده ام.

به من فرصت کافی داده شده تا سوالاتم در خصوص این تست را از پزشک/ارایه دهنده خدمات بهداشتی/مشاور ژنتیک/معمدین مورد نظر خودم بپرسم.

به من فرصت کافی داده شده تا پس از اخذ مشورت از هر کسی که صلاح بدانم، آزادانه در خصوص انجام این تست تصمیم بگیرم.

من از مرکز/دکتر ..... درخواست دارم تا تست نمونه برداری از پرزهای جفتی را بر روی مایع آمنیون اطراف جنین من انجام دهد. من با امضا این فرم رضایت نامه، با پذیرش آگاهانه مخاطرات و محدودیت های این تست رضایت خود به انجام این تست توسط آقا/خانم دکتر ..... را اعلام می نمایم.

من متوجه هستم که با امضا این فرم اجازه انجام اقدامات زیر بر روی نمونه مایع آمنیوتیک خود را به طور آگاهانه می دهم (لطفا مورد زیر علامت زده شوند):

□ نمونه من و اطلاعات مرتبط با آن به مرکز ..... جهت بررسی و تجزیه و تحلیل ارسال می شود.

---

نام و نام خانودگی و امضا بیمار/متقاضی و تاریخ:

نام و نام خانودگی و امضا همسر بیمار/متقاضی و تاریخ:

نام و نام خانودگی و امضا شاهد و تاریخ: