

TEST PAPP – ankieta

Imię i nazwisko pacjentki:

Data urodzenia:

Adres:

Nr telefonu:

Rasa (biała, czarna, żółta, czerwona):

Masa ciała w kg:

Liczba wypalanych papierosów na dobę:

Data ostatniej miesiączki:

Ciąża po IVF/ stymulacji owulacji:

Ciąża pojedyncza, bliźniacza:

zesp. Downa, inna wada genetyczna w poprzednich ciążach:

Data i godz. pobrania krwi:

Przeczytałam ulotkę informacyjną dotyczącą testu PAPP-A. Oświadczam, że jest ona dla mnie zrozumiała. Rozumiem, że nieinwazyjne badania prenatalne są badaniami przesiewowymi, głównie w kierunku zespołu Downa u płodu i niektórych innych wad genetycznych, i że nie wykrywają 100% przypadków tych chorób. Rozumiem, że wynik nieprawidłowy nie oznacza choroby płodu, lecz jej podwyższone ryzyko i wymaga dalszej diagnostyki, a wynik prawidłowy nie oznacza braku choroby, lecz jej niskie ryzyko.

Wyrażam zgodę na wykonanie testu PAPP-A.

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych i medycznych do laboratorium przeprowadzającego test PAPP-A i na przetwarzanie tych danych jedynie w celu opracowania wyniku.

Wyrażam zgodę na dalszy kontakt w celu uzyskania informacji na temat losów mojej ciąży.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjentki