

子癲前症暨第一孕期唐氏症風險評估書同意書暨切結書

☐子癲前症風險評估
☐第一孕期唐氏症風險評估
☐檢測兩項
 (若未勾選視為同意進行兩項檢測)

基本資料 (為正確計算風險值, 全部必填, 請以正楷書寫)

檢體編號: _____

姓 名		病歷號碼	
身分證字號		出生日期 西元_____年 月 日	
行動電話		孕婦種族 ☐ 台灣 ☐ _____	
孕次/胎次	/	體重(kg)	身高(cm)
抽菸	☐ 無 ☐ 有	糖尿病	☐ 無 ☐ 有 ☐ 未知
胎數	☐ 單胞胎 ☐ 雙胞胎		
最後一次月經	西元20_____年 月 日	預產期	西元20_____年 月 日
是否為試管嬰兒	☐ 否 ☐ 是 (☐ 新鮮/ ☐ 冷凍: 西元20_____年 月 日/ ☐ 捐卵: 年齡_____)		

其他資料 (以下由醫護人員填寫, 為正確計算風險值, 全部必填, 請以正楷書寫)

子癲前症及子宮內胎兒發展不良風險評估(PE/IUGR Risk Assessment)

慢性高血壓	☐ 無 ☐ 有	紅斑性狼瘡	☐ 無 ☐ 有 ☐ 未知	抗磷脂質症候群	☐ 無 ☐ 有 ☐ 未知
血壓值		左手		右手	
(兩次測量需間隔5分鐘)		第一次: 收縮壓: _____ 舒張壓: _____		第二次: 收縮壓: _____ 舒張壓: _____	
Uterine Artery PI值		左:		右:	

第一孕期唐氏症風險評估(1st trimester Maternal Serum Down Syndrome Screening)

曾生育染色體或異常胎兒	☐ 否 ☐ 是 ()	鼻骨	☐ 有 ☐ 無
頭臀徑(請附照片)	mm	頸部透明帶(請附照片)	mm
送檢院所	送檢醫師	胎兒心跳數	
抽血日期	西元 20_____年 月 日	連絡電話	

我, 受檢測人暨下述立書人, 已了解子癲前症暨第一孕期唐氏症風險評估(以下簡稱本檢測), 茲此並了解、同意、聲明與切結如下:

- 本檢測透過採集5mL 懷孕婦女血液, 定量血清中胎盤生長因子 (PIGF) 和懷孕相關血漿蛋白 A (PAPP-A)、游離人類絨毛性腺激素 (free β -hCG) 的數值, 配合臨床數據 (孕婦年齡、病史、血壓值、胎兒頭臀徑、頸部透明帶厚度、胎兒心跳數...等), 以評估您罹患「子癲前症」或您胎兒罹患「唐氏症」的風險。
- 本檢測分二部份。抽血建議於8~13⁺6週進行, 但超音波頸部透明帶檢查, 需在11~13⁺6週進行, 也就是胎兒頭臀徑(CRL)為45~84mm之間, 若接受檢查時頭臀徑<45mm 則需延後檢查的時間; 若頭臀徑>84mm 則無法進行此項檢查, 建議接受第二孕期唐氏症篩檢。(http://www.fetalmedicine.com)
- 本檢測為非侵入性的篩檢方式, 可避免侵入性檢查所產生相關併發症, 如破水、感染、流產、胎兒異常等風險。
- 依據文獻統計, 在5%偽陽性前提下, 單胎胎妊娠第一孕期唐氏症篩檢率約為82%~87%; 而早發型子癲前症的篩檢率, 在10%偽陽性前提下, 約為76%~80%, 若搭配子宮動脈血流(Uterine Artery PI)量測, 準確度可達95%以上。(Poon et al. Combined screening for preeclampsia and small for gestational age at 11-13 weeks. Fetal Diagn Ther. 2012 Sep 13)
- 若第一孕期唐氏症之風險 $\geq 1/270$ 屬於高風險, 建議進行羊膜穿刺染色體檢查; 而風險值介於1/270~1/1000之間時, 可選擇進行第二孕期唐氏症篩檢或羊膜穿刺染色體檢查。
- 風險值較高, 並不代表胎兒一定具有染色體異常; 相對地, 若篩檢結果為低風險, 胎兒仍有極少的機率為唐氏症或其他染色體異常。
- 第一孕期唐氏症篩檢無法杜絕所有唐氏兒的出生, 要確定胎兒染色體只有接受侵入性檢查如羊膜穿刺、絨毛採樣或臍帶血穿刺術等。
- 早發型子癲前症之風險值 $\geq 1/200$ 屬於高風險, 根據文獻統計, 接受藥物治療可減少80%以上早發型子癲前症的機率, 並建議與您的產檢醫師討論後續追蹤計畫。
- 為了確保本項檢測之準確度, 若因個別孕婦血漿不足, 可能需要重新抽血取樣。
- 我 ☐同意 ☐不同意 於檢測結果完成後, 將剩餘檢體供研究使用。(若未勾選則視為同意)
- 針對我的情況進行本檢測, 我已經向醫師提出問題和疑慮, 並獲得說明(包括但不限於瞭解進行本檢測的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊 及選擇其他檢測之風險)。
- 我已充分了解上述說明、聲明與切結, 並同意自費進行本檢測。我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇, 但是進行本檢測無法保證一定能防止欲檢測之疾病之發生。
- 本項檢測由慈智醫事檢驗所執行, 受檢測人茲此同意於同意書上完整提供身分證字號、生日、手機號碼, 方可使用慈智線上報告查詢系統, 欲了解更多檢測相關資訊及查詢個人檢測結果, 請登入慈智入口網站: www.sofiva.com.tw
- 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下, 得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料。

立書人 _____ (簽章) 西元 20_____年 月 日

子癲前症暨第一孕期唐氏症風險評估書同意書暨切結書

CRL 超音波照片黏貼處

NT 超音波照片黏貼處