

### پیوست شماره ۳ - فرم رضایت نامه آگاهانه زنان باردار منتخب انجام آمنیوسنتز

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

**آمنیوسنتز:** آمنیوسنتز روشی است که در آن مقداری از مایع آمنیوتیک از رحم برای بررسی‌های تشخیصی برداشته می‌شود. مایع آمنیوتیک مایعی است که اطراف جنین در رحم را احاطه کرده و در طول بارداری از آن محافظت می‌کند.

#### اختلالات قابل تشخیص با این تست:

شایعترین علت آمنیوسنتز بررسی از نظر احتمال ابتلای به یک مشکل ژنتیک جنین مانند سندرم داون هست. آمنیوسنتز یکی از تست‌های تشخیصی بررسی جنین از نظر ابتلا به سندرم داون هست که نتایج آن ممکن است تأثیر مهمی در مدیریت بارداری یا تمایل و تصمیم زوجین برای ادامه یا خاتمه بارداری داشته باشد. آمنیوسنتز ژنتیکی معمولاً بین هفته‌های ۱۵ تا ۱۸ بارداری در صورت تایید پزشک معین دانشگاه انجام می‌شود.

زنان باردار در صورت داشتن موارد زیر برای انجام آمنیوسنتز انتخاب می‌شوند:

- نتایج مثبت حاصل از آزمایش غربالگری قبل از تولد: اگر نتایج آزمایشات غربالگری بارداری - مانند آزمایشات غربالگری سرم مادر در سه ماهه اول، یا تعیین ضخامت مایع در پشت گردن جنین یا غربالگری DNA آزاد سلول جنینی - پرخطر گزارش شود، برای تایید یا رد تشخیص، آمنیوسنتز ممکن است پیشنهاد شود.

#### خطرات: آمنیوسنتز خطرات مختلفی را به همراه دارد، از جمله:

- نشت مایع آمنیوتیک: به ندرت، بعد از آمنیوسنتز مایع آمنیوتیک از طریق واژن نشت می‌کند و در صورت عدم توقف آبریزش، امکان عفونت وجود دارد.
- عفونت: عفونت رحمی می‌تواند منجر به سقط جنین در اوایل بارداری یا عوارض مادری شود.
- انتقال عفونت: اگر زن باردار مبتلا به عفونت - مانند هیپاتیت C، توکسوپلاسموز یا HIV / AIDS - است در حین آمنیوسنتز ممکن است عفونت به جنین منتقل شود.
- آسیب ناشی از سوزن: ممکن است در موارد خیلی نادر، سوزن آمنیوسنتز با جنین اصابت کند.
- سقط: احتمال خطر سقط جنین به دنبال آمنیوسنتز کمتر از ۱ تا ۳ در هر ۱۰۰ مورد است.
- 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.

## بیانیه رضایت متقاضی:

اینجانب .....ضمن شرکت در جلسه مشاوره تست تشخیصی آمنیوسنتز 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/معمتمدین 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 ..... درخواست دارم تا تست آمنیوسنتز 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 مایع آمنیوتیک 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: