

Remiss till NIPT-undersökning

(4505) WIJ -LCB – SYNLAB Suomi Oy

PERSONENS UPPGIFTER		REMITTERANDE LÄKARE	
Förnamn: *	Obligatorisk*	Namn: *	
Efternamn: *		Telefonnummer: *	
Personbeteckning: *		Kontor: *	
		E-mail: *	

 neoBona® markera det alternativ som passar personen

Singel- eller tvillinggraviditet	Singelgraviditeter
<input type="checkbox"/> neoBona (B -NIPT ATK 10795) <ul style="list-style-type: none"> Trisomi 21, 18 och 13 <input type="checkbox"/> Vill veta könet (Bestämning av Y-kromosomen) * / Fetal sex <p>* Bestämmer fostrets kön i singelgraviditeter. Om kromosom Y påvisas i tvillinggraviditeter kan man dra slutsatsen att minst ett av fostren är manlig. Om Y-kromosomen inte upptäcks vid tvillinggraviditeter är båda fostren kvinnor.</p>	<input type="checkbox"/> neoBona (B -NIPTtri / B -NIPTadv KL 6373) <ul style="list-style-type: none"> Trisomi 21, 18 och 13 Aneuploidi X, Y Fostrets kön / Fetal sex

KLINISKA UPPGIFTER

Personens födelsedatum: * / / (dag/månad/år)	Vikt: _____ kg	Längd: _____ cm	Upprepa test: * <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Graviditetens längd: * _____ vecka _____ dag	Metoden för graviditetens längd fastställning: *		Antal foster: * <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Datum: * / / (dag/månad/år)	<input type="checkbox"/> Sista menstruation (LMP)	<input type="checkbox"/> Ultraljud (CRL)	<input type="checkbox"/> Datum för embryoöverföring (IVF)
IVF-graviditet: * <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om IVF, äggcell: * <input type="checkbox"/> Egen <input type="checkbox"/> Donerade	Om IVF, donators ålder vid tidpunkten för donationen: * _____ år	
	Antal överfört embryo: _____ antal fostersäck: _____		
Kliniska indikationer: *	<input type="checkbox"/> Moderns ålder	<input type="checkbox"/> Fynd vid ultraljud	<input type="checkbox"/> Avvikande resultat vid första trimester screening (1/____)
	<input type="checkbox"/> Klinisk historia	<input type="checkbox"/> Bekymmer	<input type="checkbox"/> Annat, vad: _____

REMITTERANDE LÄKARENS UNDERSKRIFT

Baserat på ovanstående indikationer beställer jag neoBona®-screeningen och övertygar att såvitt jag vet är informationen om patienten och remitterande läkare i detta formulär korrekt. Jag övertyga att jag har informerat patienten om neoBona®-screeningen i enlighet med lagen och att jag har fått patientens uttryckliga samtycke till neoBona®-screeningen.

Läkarens underskrift: * _____ Datum: * / / (dag/månad/år)

INFORMERAT PATIENTSAMTYCKE

Genom att underteckna detta formulär bekräftar jag att jag har läst och förstått informationen på patientinformationsformuläret och accepterar det. Jag har fått genetisk rådgivning från min läkare (eller en person utsedd av min läkare) angående syftet med denna screening och dess potentiella risker och begränsningar. Jag har fått tillräcklig information om de genetiska förändringar som testet undersöker och omfattningen av testet. Jag har fått möjlighet att fråga alla mina frågor; Jag fick svar på varje fråga jag hade och tillräckligt med tid att tänka på informationen och mitt val för att utföra screeningstudien. Jag samtycker till att denna screening utförs och kommer att diskutera resultatet och lämplig medicinsk behandling med en hälsovård yrkesman. Jag har blivit informerad och accepterar att neoBona är ett screeningtest och att ett "onormalt" resultat inte nödvändigtvis betyder att fostret har en kromosomavvikelse. Likaså förstår jag att ett "normalt" resultat inte helt utesluter möjligheten till en kromosomavvikelse. B -NIPT: Jag har blivit informerad och godkänner att denna screening kommer att avslöja fostrets kön om alternativet "Vill bestämma kön" är valt. Jag förstår och accepterar att endast de kliniska prövningar som beställts på detta formulär kommer att utföras på mitt blodprov. Jag accepterar ovanstående och godkänner SYNLAB att utföra neoBona-screeningen.

Studien är framtagen av SYNLAB. Analysen av forskningen utförs i laboratoriet hos SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES SA i Spanien. Databehandling sker inom EU. Resultaten av screeningen överförs till SYNLAB Suomi Oy och till de läkare och/eller behandlande enhet som nämns i detta formulär. Efter att provet tagits kommer dina forskningsdata och resultat att behandlas och lagras i enlighet med EU:s allmänna bestämmelser och de nationella bestämmelserna för social- och hälsovården i Finland. För din information är registraren den enhet som beställer studien. Om du vill utnyttja den registrerades rättigheter, vänligen kontakta den vårdenhet som behandlar dig.

Personens underskrift: * _____ Datum: * / / (dag/månad/år)

PROVTAGNINGSDATA

Kontor:	Provtagningsstidpunkt: * / / (dag/månad/år)
Avsändarens identifikationsnummer för provet:	