

## Seulonnan tilauslomake

(4505) WIJ -LCB – SYNLAB Suomi Oy

| TUTKITTAVAN TIEDOT      |                           | TILAAVAN LÄÄKÄRIN TIEDOT    |  |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Etunimi:</b> *       | <b>Pakolliset kentät*</b> | <b>Nimi:</b> *              |  |
| <b>Sukunimi:</b> *      |                           | <b>Puhelinnumero:</b> *     |  |
| <b>Henkilötunnus:</b> * |                           | <b>Toimipisteen nimi:</b> * |  |
|                         |                           | <b>Sähköposti:</b> *        |  |

## neoBona® merkitse ✓ sopiva vaihtoehto

| Yksisikiöinen raskaus tai kaksosraskaus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Yksisikiöinen raskaus                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> neoBona (B -NIPT ATK 10795) <ul style="list-style-type: none"><li>21-, 18- ja 13-trisomia</li><li><input type="checkbox"/> Halutaan määrittää sukupuoli (Y-kromosomin määräitys) * / Fetal sex</li></ul> <small>* Määrittää sikiön sukupuolen yksisikiöisissä raskauksissa. Jos Y-kromosomi havaitaan kaksosraskauksissa, voidaan todeta, että ainakin toinen sikiöistä on miespuolinen. Jos Y-kromosomia ei havaita kaksosraskauksissa, ovat molemmat sikiöt naispuolisia.</small> | <input type="checkbox"/> neoBona (B -NIPTtri / B -NIPTadv KL 6373) <ul style="list-style-type: none"><li>21-, 18- ja 13-trisomia</li><li>Aneuploidia X, Y</li><li>Sikiön sukupuoli / Fetal sex</li></ul> |

## KLIINISET TIEDOT

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                 |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tutkittavan syntymäaika:</b> * / / (päivä/kuukausi/vuosi)                                                                | <b>Paino:</b> _____ kg                                                                                                                                                                           | <b>Pituus:</b> _____ cm                                                                                                                                         | <b>Uusintatesti:</b> * <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä |
| <b>Raskauden kesto:</b> * _____ viikkoa _____ päivää                                                                        | <b>Raskauden keston mittaustapa:</b> *<br><input type="checkbox"/> Viimeinen kuukautiskierto (LMP)<br><input type="checkbox"/> Ultraääni (CRL) <input type="checkbox"/> Siirron päivämäärä (IVF) | <b>Sikiöiden lukumäärä:</b> * <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> Katoava kaksonen                                |                                                                                   |
| <b>Päivämäärä:</b> * / / (päivä/kuukausi/vuosi)                                                                             | <b>IVF-raskaus:</b> * <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä                                                                                                                 | <b>Jos IVF, munasolut:</b> * <input type="checkbox"/> Omat <input type="checkbox"/> Luovutetut<br>Siirrettyjen alkioiden määrä: _____ Sikiöpussien määrä: _____ |                                                                                   |
| <b>Jos IVF, luovuttajan ikä luovutushetkellä:</b> * _____ vuotta                                                            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                 |                                                                                   |
| <b>Kliiniset indikaatiot:</b> *<br><input type="checkbox"/> Äidin korkea ikä<br><input type="checkbox"/> Kliininen historia | <input type="checkbox"/> Poikkeava ultraääni<br><input type="checkbox"/> Huoli                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1. trimesterin seulonnasta saatu korkean riskin tulos (1/ _____)<br><input type="checkbox"/> Muu syy: _____                            |                                                                                   |

## TILAAVAN LÄÄKÄRIN ALLEKIRJOITUS

Perustuen yllä mainittuihin indikaatioihin, tilaan neoBona® -seulontatestin ja vakuutan, että parhaan tietämykseni mukaan potilasta ja lähettävää lääkärä koskevat tiedot tässä lomakkeessa ovat paikkansa pitäviä. Vakuutan, että olen neuvonut potilasta koskien neoBona® -seulontatestiä lain mukaisesti ja, että olen saanut potilaan nimenomaisen suostumuksen neoBona® -seulontatestiin.

**Lääkärin allekirjoitus:** \* \_\_\_\_\_ **Päivämäärä:** \* / / (päivä/kuukausi/vuosi)

## TUTKITTAVAN TIETOINEN SUOSTUMUS

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen vahvistan, että olen lukenut, ymmärtänyt ja hyväksynyt tutkimusinformaatiolomakkeella kerrotut tiedot. Olen saanut perinnöllisyysneuvontaa lääkäritäni (tai lääkäriäni nimeämältä henkilöltä) koskien tämän seulonnan tarkoitusta ja sen mahdollisia riskejä ja rajoituksia. Olen saanut riittävästi tietoa testillä tutkittavista geneettisistä muutoksista ja testin laajuudesta. Minulle on annettu mahdollisuus kysyä kaikki kysymykset; sain vastauksen jokaiseen kysymykseeni ja riittävästi aikaa pohtia tietoja ja valintaani suorittaa seulontatutkimus. Suostun siihen, että tämä seulonta suoritetaan ja tulen keskustelemaan tuloksesta sekä asianmukaisesta lääketieteellisestä hoidosta terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Olen saanut tiedon ja hyväksyn sen, että neoBona® on seulontatesti ja, että "poikkeava" tulos ei välttämättä tarkoita sitä, että sikiöllä on kromosomipoikkeavuus. Samoin ymmärrän, että "normaali" tulos ei täysin poissulje mahdollisuutta kromosomipoikkeavuudesta. B -NIPT: Olen saanut tiedon ja hyväksyn sen, että tämä seulonta paljastaa sikiön sukupuolen, jos "Halutaan määrittää sukupuoli" -vaihtoehto on valittuna. Ymmärrän ja hyväksyn sen, että vain tässä lomakkeessa tilattu kliininen testi suoritetaan verinäytteestäni. Hyväksyn edellä mainitun ja valtuutan SYNLABin tekemään neoBona® -seulontatestin.

Tutkimuksen tuottaa SYNLAB. Tutkimuksen analyysi suoritetaan SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES SA:n laboratoriossa Espanjassa. Tietojen käsittely tapahtuu EU:ssa. Seulonnan tulokset siirretään SYNLAB Suomi Oy:lle ja tässä lomakkeessa mainituille lääkäreille ja/tai hoitavalle yksikölle. Näytteen ottamisen jälkeen tutkimustietojasi ja -tuloksia käsitellään ja säilytetään EU:n yleisten säädösten ja Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisten säädösten mukaisesti. Rekisterinpitäjä tiedoillesi on tutkimuksen tilaava yksikkö. Jos haluat käyttää rekisteröidyn oikeuksia, niin oletan yhteydessä sinua hoitavaan terveydenhuollon yksikköön.

**Tutkittavan allekirjoitus:** \* \_\_\_\_\_ **Päivämäärä:** \* / / (päivä/kuukausi/vuosi)

## NÄYTTEENOTTOTIEDOT

|                                    |                                                              |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Toimipisteen nimi:</b>          | <b>Näytteenoton päivämäärä:</b> * / / (päivä/kuukausi/vuosi) |
| <b>Toimipisteen asiakasnumero:</b> |                                                              |