

产前筛查知情同意书

孕妇姓名_____ 体重_____ B 超检测日期、胎龄_____
出生日期_____ 民族_____ 末次月经日期_____

家庭住址：_____ 联系电话：_____

胰岛素依赖型糖尿病： 是 否 吸烟： 是 否

经优生咨询，根据孕妇要求，经治医师建议于_____年____月____日取血，进行唐氏综合征产前筛查，该检查是一种无明显创伤性的检查，但鉴于当今医学技术水平的限制和孕妇个体特异性或有些已知和无法预见的原因，即使在医务人员已认真尽到工作职责和合理的注意情况下，本检查仍有如下局限性：

1. 目前的产前筛查是在孕中期 14 - 20 周进行 AFP + hCG 双联检测，结合孕妇年龄、胎龄、体重等进行综合风险评估的一种检查方法，而不是确诊的检查方法。
2. 产前筛查的目标疾病是唐氏综合征，检出率在 65 - 85%。报告单上的 18 三体 and 开放性神经管缺陷（NTD）等信息仅作参考。
3. 低风险或阴性的报告，只表明胎儿发生该种先天异常的机会很低，并不能完全排除这种异常或其他异常的可能性。产前筛查出的高风险孕妇，请到遗传咨询门诊接受遗传咨询，了解或接受进一步的确诊检查。

医务人员将采取必要的预防措施以合理地控制医疗风险，但由于现有医疗水平所限，仍有可能出现不能预见、不能避免并不能克服的情况。

医患双方的共识：

1. 医疗机构及医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德。
2. 孕妇方已充分了解该检查方法的性质、合理的预期目的、风险性、必要性和出现医疗风险情况的后果；对其中的疑问已得到经治医师的解答。经自主选择同意已拟定的检查方案，并且承诺提供筛查相关的真实信息。
3. 本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示，并确认医方已履行了告知义务，孕妇方已享有知情、选择和同意的权力，将受我国有关法律的保护。本同意书一式两份，医患双方各执一份。

孕妇本人意见：是否愿意参加该项筛查？ 是 否

孕妇或近亲属或法定代理人签字：_____ 送检医院经治医师签字：_____

_____ 年 月 日

_____ 年 月 日

XXX 医院