

کد: PRP-NSF-01-03		برگه غربالگری NIPT و تعیین جنسیت (Pre-analytical Process: NIPT Screening and Gender determination Form)	آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک رصد
تاریخ: ۱۴۰۲/۰۹/۱۳	تعداد صفحات: ۳		

آشنایی با تست (Non Invasive Prenatal Test=NIPT)

NIPT یک تست غربالگری ژنتیکی است که در آن، با استفاده از DNA جنینی آزاد شده در خون مادر، اختلالات کروموزومی شایع مربوط به کروموزوم‌های ۱۳، ۱۸، ۲۱ به همراه کروموزوم‌های جنسی تشخیص داده شده و جنسیت جنین با درصد تشخیص بالایی تعیین می‌شود.

این تست با وجود غیر تهاجمی بودن، عدم خطر سقط جنین و عفونت داخل رحمی، محدودیت‌هایی هم دارد.
(۱) قدرت تشخیص این تست برای تریزومی‌های ۲۱، ۱۸ و ۱۳ حدود ۹۹٪ و درجه مثبت کاذب کمتر از ۱٪ است. با این حال این تست یک روش تشخیصی نیست. بلکه یک روش غربالگری است. بنابراین منفی بودن آن صددرصد نشان‌دهنده سالم بودن جنین نیست و مثبت بودن آن هم حتماً باید با تست‌های تشخیصی آمنیوسنتز تایید شود.

(۲) در صورتی که میزان DNA آزاد جنینی در خون مادر بسیار پایین باشد (به علت وزن بالای ۱۰۰ کیلوگرم مادر) به طوریکه قابلیت گرفتن جواب از آن نباشد، مادر حتماً می‌بایست به روش آمنیوسنتز مورد بررسی تکمیلی قرار بگیرد.

(۳) در مواردی که BMI (شاخص توده بدنی) مادر باردار بیشتر از ۳۲ باشد و مادر باردار اصرار به انجام آزمایش داشته باشد، در صورت عدم جوابدهی هزینه عودت داده نشده و تکرار آزمایش مستلزم پرداخت هزینه مجدد است.

(۴) این تست، این امکان را به شما می‌دهد تا از جنسیت جنین خود با درستی زیادی مطلع شوید.

(۵) در صورتی که مادر تحت درمان با سلول‌های بنیادی باشد، خون دریافت کرده باشد یا مبتلا به سرطان باشد، امکان اختلال در جوابدهی وجود دارد.

(۶) در صورت وجود مشکلات ژنتیکی مثل آنیوپلوئیدی‌های کروموزومی در مادر، حذف و اضافه شدن‌های ریز، موزائیسیم و تریزومی‌های جزئی صحت جواب تست پایین بوده و معتبر نیست.

(۷) مادر باردار نباید به بیماری سرماخوردگی، آنفولانزا و بیماری‌های مزمن ویروسی در زمان نمونه‌گیری مبتلا باشد. در غیر این صورت در نتیجه تست اختلال ایجاد خواهد شد.

رضایت نامه مادر باردار

بدین وسیله، اینجانب رضایت خود را برای نمونه‌گیری جهت انجام تست NIPT اعلام می‌دارم و تایید می‌کنم اطلاعات تکمیل شده در فرم (در برگه فرم اطلاعات اولیه) را خوانده یا برای من خوانده شده است و محتوای آن را کاملاً متوجه شده‌ام. همچنین اینجانب با متخصص ژنتیک و پزشک معالج در رابطه با مزایا و معایب این تست صحبت کرده و اطلاعات کافی را در این زمینه دارم. اینجانب تایید می‌نمایم که کلیه اطلاعات مندرج در فرم درخواست تست صحیح بوده و مرکز هیچ گونه مسئولیتی در قبال اطلاعات کتمان شده و غیرصحیح ندارد. همچنین اینجانب مطلع هستم که تست NIPT یک تست غربالگری بوده و به عنوان یک روش تشخیصی با قاطعیت ۱۰۰ درصدی محسوب نمی‌شود و احتمال بسیار کمی برای مثبت و منفی کاذب (۱ در ۱۰۰۰۰) وجود دارد. با این وجود و با توجه به توضیحات داده شده به اینجانب، اذعان دارم که همه نوزادانی که مبتلا به یکی از نارسایی‌های کروموزومی فوق الذکر هستند، قابل تشخیص با این روش نیستند.

تاریخ و امضاء و اثر انگشت

کد ملی مادر باردار:

نام و نام خانوادگی مادر باردار:

متقاضی گرامی:

- ✓ این تست به ۱۰ سی‌سی خون مادر در لوله NIPT نیاز دارد.
- ✓ این تست در برخی موارد به دلیل میزان پایین DNA جنینی، نیاز به تکرار خون‌گیری خواهد داشت.
- ✓ در صورت انصراف از انجام آزمایش NIPT پس از دادن نمونه خون از طرف شما، آزمایشگاه اختیار دارد هزینه اقلام مصرفی از قبیل سرنگ، لوله آزمایش و غیره را اخذ نماید.
- ✓ صرفاً جهت تکمیل پرونده و اطلاع از سرانجام بارداری و وضعیت سلامت نوزادتان، احتمال تماس از سوی آزمایشگاه طی ۶ الی ۱۲ ماه آینده وجود دارد.

اطلاعات مادر باردار (لطفاً تمام موارد درخواستی تکمیل شود).

نام و نام خانوادگی (به فارسی): نام و نام خانوادگی (به انگلیسی):

کد ملی: تاریخ نمونه گیری: / /

تاریخ تولد شناسنامه ای: / / تاریخ تولد واقعی: / /

نوع بارداری: ☐ تک قلو ☐ دوقلو ☐ سایر: هفته بارداری: روز بارداری:

گروه خونی: وزن مادر: قد مادر:

BMI (شاخص توده بدنی مادر باردار): وزن جنین:

وزن به کیلوگرم / قد به متر به توان ۲

بارداری به کدام روش بوده است: ☐ دارو ☐ ICSI (میکرو) ☐ IUI ☐ IVF ☐ طبیعی ☐ سایر:در صورت استفاده از روش IVF یا ICSI آیا اهداکننده تخمک داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بله

سن اهداکننده تخمک در زمان اهدا: تاریخ تخمک گیری: / / تاریخ انتقال تخمک: / /

آیا مادر در همین بارداری، قبلاً تست غربالگری انجام داده است: ☐ خیر ☐ بلهدر صورت بله، نوع تست و نتیجه آن چه بوده است؟ ☐ High risk ☐ Intermediate ☐ Low riskآیا مادر سابقه ابتلا به سرطان داشته است؟ ☐ خیر ☐ بلهآیا مادر در یک سال اخیر خون دریافت کرده است؟ ☐ خیر ☐ بله (در صورت دریافت فرآورده های خونی به غیر از پلاکت طی یک سال گذشته امکان انجام تست وجود ندارد.)مادر باردار آسپرین یا هپارین مصرف کرده است؟ ☐ خیر ☐ بله (در صورت بله بودن جواب، باید حداقل ۴۸-۲۴ ساعت از مصرف آسپرین یا هپارین گذشته باشد.)

نشانی محل سکونت:

شماره تماس:

علت درخواست تست:

☐ سن بالای ۳۵ سال (تک قلو) یا سن بالای ۳۲ سال (دوقلو) ☐ اضطراب مادر☐ غربالگری سرمی غیر طبیعی ☐ یافته مثبت سونوگرافی☐ بارداری قبلی با ناهنجاری

لطفاً توجه داشته باشید در صورت استخراج ناکافی DNA جنینی نیاز به نمونه گیری مجدد است.

اطلاعات تست را مطالعه و رضایت نامه را امضاء کرده ام .

امضاء خانم باردار

فرستنده:

تلفن:

شهر/ استان:

تاریخ:

آزمایش درخواستی:

پزشک درخواست کننده:

مرکز درخواست کننده:

تاریخ نمونه گیری:

اطلاعات بیمار:	
نام و نام خانوادگی:	جنسیت:
کد ملی:	تاریخ تولد:
نسبت فامیلی والدین:	محل تولد:
محل سکونت:	نسبت فامیلی زوجین:
شماره تماس بیمار:	
سابقه بارداری‌های قبلی (مرگ داخل رحم به مواقعی اطلاق می‌شود که بیش از ۲۰ هفته از بارداری گذشته باشد):	
تعداد حاملگی:	تعداد دفعات زایمان:
تعداد مرگ داخل رحم:	تعداد سقط:
بچه‌های زنده:	
بچه‌های فوت شده:	
علت مراجعه:	
(۱) قصد ازدواج فامیلی ☐ (۲) قصد ازدواج غیر فامیلی ☐ (۳) قصد بارداری ☐ (۴) جهت انجام چکاپ ☐	
(۵) سابقه بیماری‌های ارثی و عقب‌افتادگی ذهنی در بستگان ☐ (۶) ابهام جنسی ☐ (۷) نازایی ☐	
(۸) عقب‌افتادگی ذهنی ☐ (۹) تالاسمی ☐ (در صورت انجام تست‌های مربوط به تالاسمی علاوه بر جواب CBC diff، جواب هموگلوبین الکتروفورز نیز الزامی است.)	
(۱۰) سایر موارد ☐ (توضیح دهید.)	
خلاصه علائم بالینی و شرح حال بیمار و سابقه بیماری در خانواده (شجره‌نامه رسم شود)	
مدارک مورد نیاز (در صورت باردار بودن همراه داشتن آزمایشات قبلی و سونوگرافی الزامی می‌باشد):	
☐ نتایج سونوگرافی ☐ نتایج آزمایش‌های ژنتیک قبلی (در صورت وجود)	
☐ نتایج تست‌های غربالگری ☐ نتایج آزمایش‌های ژنتیک والدین (در صورت وجود)	
در صورت مصرف هرگونه دارو، نام دارو و دوره مصرف ذکر گردد.	
رضایت نامه بیمار / ولی یا قیم قانونی جهت انجام مطالعه ژنتیکی و کروموزومی	
اینجانب رضایت کامل خود را برای بررسی نمونه خود / فرزند خود از نظر اختلالات کروموزومی / جهش‌های ژنتیکی اعلام می‌دارم. ضمناً اعلام می‌کنم که محدودیت‌های این آزمایش از جمله مشکلات احتمالی از قبیل احتیاج به تکرار نمونه و عدم جوابدهی برای اینجانب کاملاً توضیح داده شده و تفهیم گردید. مشخص است که اطلاعات در رابطه با آزمایش اینجانب/فرزند خود محرمانه می‌باشد و فقط به خانواده و پزشک معالج اعلام می‌گردد.	
نام و امضاء تاریخ:	