



**ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΕΝΗΤΙΚΟ ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΕΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

ΕΡΓ. ΚΩΔΙΚΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ \_\_\_\_\_  
(ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ)

ΗΜΕΡ. ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΓΚΥΟΥ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ / ΑΜΚΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ / ΑΜΚΑ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ: \_\_\_\_\_

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΓΚΥΟΥ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΓΚΥΟΥ: \_\_\_\_\_

ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: ΑΜΝΙΑΚΟ ΥΓΡΟ  ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΗ  ΆΛΛΟΣ ΙΣΤΟΣ

*\*Το δείγμα αμνιακού υγρού ή χοριακών λαχνών πρέπει να παραδοθεί στο εργαστήριο για ανάλυση αμέσως μετά την λήψη. Σε περιπτώσεις αποστολής από επαρχία το δείγμα πρέπει να παραδοθεί στο εργαστήριο εντός 24 ωρών μετά τη λήψη.*

ΘΕΡΑΠΩΝ/ΠΑΡΑΠΕΜΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_ ΤΗΛ/ΦΑΧ: \_\_\_\_\_

ΕΚΤΕΛΕΣΑΣ ΙΑΤΡΟΣ: \_\_\_\_\_ ΤΗΛ/ΦΑΧ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: \_\_/\_\_/\_\_

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΗΣΗΣ: \_\_\_\_\_ ΜΟΝΗΡΗΣ  ΔΙΔΥΜΗ  ΠΟΛΥΔΥΜΗ  ΚΥΗΣΗ ΑΠΟ IVF  ΚΥΗΣΗ PGD

Τ.Ε.Ρ. : \_\_/\_\_/\_\_ ΗΛΙΚΙΑ ΚΥΗΣΗΣ: \_\_\_\_ ΕΒΔ - ΥΠΕΡΗΧ.ΗΛΙΚΙΑ: \_\_\_\_ ΕΒΔ

ΑΙΤΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ: \_\_\_\_\_

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ-ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ-ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΡΟΗΓ. ΚΥΗΣΕΩΝ: \_\_\_\_\_

**ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

1. ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΡΩΜΟΣΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ (ΚΛΑΣΙΚΟΣ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΣ)

2. ΤΑΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΝΕΥΠΛΟΕΙΔΙΕΣ (ΑΜΝΙΟPCR/CVSPCR)

3. ΆΛΛΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: \_\_\_\_\_

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ)**

ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΣ: \_\_\_\_\_

ΑΜΝΙΟPCR/CVSPCR: \_\_\_\_\_

ΣΧΟΛΙΑ : \_\_\_\_\_

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ- (ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΗ)**

Η κάτωθι υπογεγραμμένη .....συγκατατίθεται στη διενέργεια της γενετικής εξέτασης  
.....στα πλαίσια προγεννητικού ελέγχου της παρούσας κύησης και

δηλώνω ενυπόγραφα ότι:

1. Έλαβα όλη την απαιτούμενη ενημέρωση σχετικά με την αιτούμενη εξέταση, τις πληροφορίες που μπορεί να προκύψουν από αυτήν, τις δυνατότητές της, το κόστος, το διακριτικό όριο, τους περιορισμούς (ο κλασικός καρυότυπος του εμβρύου δίνει πληροφορίες μόνο για τα χρωμοσώματα του εμβρύου σε διακριτικό όριο >5-10Mb και όχι για μονογονιδιακά νοσήματα που οφείλονται σε σημειακές μεταλλάξεις), καθώς και για το ενδεχόμενο μη πληροφοριακού αποτελέσματος, **και συναινώ** στην πραγματοποίησή της.
2. Ενημερώθηκα ότι τα αποτελέσματα του κλασικού καρυότυπου ολοκληρώνονται σε χρονικό διάστημα όχι λιγότερο των 3 εβδομάδων από την ημερομηνία παραλαβής του δείγματος. Η ανάλυση δείγματος από κύηση υπερηχογραφικής ηλικίας 21 εβδομάδων και άνω, προχωρά μόνο μετά από επιθυμία της εγκύου η οποία αποδέχεται ότι το εργαστήριο δεν φέρει καμία ευθύνη για ενδεχόμενη υπέρβαση του ορίου των 24 εβδομάδων κύησης ως την έκδοση του αποτελέσματος.
3. Όλα τα στοιχεία και οι κλινικές πληροφορίες που μου ζητήθηκαν και αναγράφονται στο παρόν έντυπο είναι αληθή. Ενημερώθηκα για τη δυνατότητα και το κόστος εξέτασης με την ταχεία μοριακή ανίχνευση χρωμοσωμικών ανωμαλιών (cvs/PCR/ amnioPCR). καθώς και για την δυνατότητα, το κόστος και τις προϋποθέσεις εξέτασης του δείγματος με τη μέθοδο μικροσυστοιχιών DNA (array-CGH, "μοριακός καρυότυπος").
4. Έχω κατανοήσει ότι :
  - α. οι γενετικές εξετάσεις είναι αρκετά πολύπλοκες και ευαίσθητες και έχουν πιθανότητα σφάλματος ή μη διαγνωστικής απάντησης λόγω διαφόρων αιτιών (ποιότητα δείγματος, τεχνικά ζητήματα κ.α).
  - β. Πληροφορίες περί των ευρημάτων /αποτελεσμάτων (παθολογικών ή φυσιολογικών) δεν παρέχονται τηλεφωνικά.
  - γ. Τα αποτελέσματα διατίθενται μόνο γραπτώς και για την αποφυγή παρερμηνειών η τελική έκθεση γενετικού ελέγχου θα δίνεται:

**I. Σε εμένα.**

- Δια ζώσης
- Με ηλ. ταχυδρομείο (e-mail) \_\_\_\_\_
- Με τηλεμοιότητα (fax) \_\_\_\_\_
- Με ταχυδρομείο \_\_\_\_\_
- Με Ταχυμεταφορά (courier) με δική μου χρέωση

**II. Στον παραπέμποντα ιατρό** (Ονοματεπώνυμο) \_\_\_\_\_

- Με ηλ. Ταχυδρομείο ( email) \_\_\_\_\_
- Με τηλεμοιότητα (fax) \_\_\_\_\_

**III. Σε εξουσιοδοτημένο πρόσωπο**

- Ονοματεπώνυμο \_\_\_\_\_ ΑΔΤ \_\_\_\_\_

δ. Υποχρεούμαι να παραλάβω την έκθεση αποτελεσμάτων άμεσα (και το συντομότερο δυνατό) μετά από ενημέρωση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.

ε. Σε κάθε περίπτωση μετά την ολοκλήρωση του εργαστηριακού ελέγχου, παρέχεται η δυνατότητα γενετικής συμβουλευτικής στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής σε συνάρτηση με το ιστορικό και την κλινική εικόνα.

στ. Το Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής δεν φέρει καμία ευθύνη για οποιοδήποτε λόγο, αιτία, ή και άλλο μη ιατρικό ζήτημα ήθελε προκύψει κατόπιν γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων στην οικογένεια.

**Αναθέτω στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής να παραλάβει το δείγμα αμνιακού υγρού [ ] / χοριακών λαχνών [ ] από την παρούσα κύηση και να πραγματοποιήσει τις αιτούμενες εξετάσεις όπως αναγράφονται στο παρόν έντυπο.**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΗΣ: \_\_\_\_\_

\*Σε περίπτωση που η έγκυος δεν μπορεί να προσέλθει στο εργαστήριο, η παράδοση του δείγματος στο εργαστήριο γίνεται μετά από εντολή της εγκύου, από τον/την υπογεγραμμένο/η που υπογράφει και την δήλωση συναίνεσης:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ/ΥΠΟΓΡΑΦΗ: \_\_\_\_\_

**ΤΟ ΠΕΔΙΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ**

Σήμερα \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, διεκπεραιώθηκε η δειγματοληψία για προγεννητικό έλεγχο της εγκύου \_\_\_\_\_

προκειμένου να σταλεί δείγμα στο Εργαστήριο Ιατρικής Γενετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για να διεκπεραιωθεί η αιτούμενη εξέταση όπως καταγράφεται στο παρόν έντυπο. Έχω ενημερώσει την εξεταζόμενη έγκυο σχετικά με ότι αφορά την αιτούμενη εξέταση, όπως τις πληροφορίες που μπορεί να προκύψουν, το κόστος, το διακριτικό όριο και τους περιορισμούς της.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ: \_\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΙΑΤΡΟΥ: \_\_\_\_\_