

טופס הסכמה: בדיקת סיסי שליה/ביופסיה משליה
(CVS) CHORIONIC VILLUS BIOPSY / PLACENTAL BIOPSY

Анализ хориальных ворсинок/ биопсия плаценты

Анализ хориальных ворсинок (CVS) или биопсия плаценты проводится с целью диагностирования генетических нарушений, врожденных заболеваний или пороков, которые можно обнаружить. Обычно анализ проводится на 10-12-ой неделе беременности.

Преимущество этого анализа – возможность диагностировать хромозомальные нарушения или заболевания на раннем этапе **БЕРЕМЕННОСТИ**, и по мере необходимости, возможность прекратить беременность.

Существуют два способа проведения анализа:

- а) через влагалище к плоду вводится тонкая трубочка под ультразвуковым наблюдением
- б) укол плаценты через стенку живота и матки

Способ избирается в зависимости от расположения плаценты. При многоплодии требуется отдельная проба каждой плаценты. Это очень точный анализ в отношении обнаружения проверяемых хромозомальных отклонений, но нормальный ответ не исключает полностью существование врожденных пороков и наследственных заболеваний, наличие которых не проверялось, или которые невозможно обнаружить посредством данного анализа. Анализ проводится без наркоза или под местным наркозом.

Очень важно сообщить о наследственных заболеваниях в семье и о проведенных генетических анализах.

имя женщины: _____

_____	_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	ימא אטא	פאספארט שם
שם משפחה	שם פרטי	האב	ז.ת

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора/ консультанта по генетике*

_____ הרופא: שם פרטי ימא

о потребности в **анализе хориальных ворсин/биопсии* плаценты** с целью диагностирования нарушений у **ביופסיה משליה*/ בדיקת סיסי שליה**

эмбриона из-за _____

(далее:"анализ"). (ציין/י את הסיבה לבדיקה)

Я осведомлена об альтернативных методах диагностики, о преимуществах, недостатках и побочных эффектах каждого метода. Я прошу и даю здесь свое согласие на проведение анализа с целью хромозомального обследования моего эмбриона, а также на любой другой генетический анализ плаценты, который мои врачи посчитают нужным, основываясь на медицинских данных, с целью диагностирования генетических нарушений, болезней и врожденных пороков, которые можно обнаружить по мере возможности до рождения ребенка.

Мне объяснили, что возможно не удастся взять анализ посредством укола или ввода трубочки, и/или набранные клетки не размножатся, или результат будет неоднозначным, и потребуются повторный анализ, или анализ околоплодных вод.

Также, мне объяснили, что нормальный результат анализа не гарантирует отсутствия физических, душевных или умственных отклонений у новорожденного, включая врожденные пороки и наследственные заболевания, наличие которых не проверялось или которые невозможно обнаружить посредством данного анализа.

Я подтверждаю здесь, что мне известно о побочных эффектах после анализа – чувствительность или сокращения внизу живота и возможно легкая боль на месте укола, и легкое вагинальное кровотечение.

Также, я осведомлена о возможных осложнениях, включая выкидыш в 1% случаев, и в редких случаях физическое повреждение эмбриона, а также развитие инфекции, что может потребовать удаления матки, и в очень редких случаях может привести к смерти. Дополнительный укол сразу после первого повышает риск вышеперечисленных осложнений. Я даю здесь свое согласие на проведение анализа. Если вследствие результатов анализа беременность будет прекращена, я согласна также на вскрытие абортуса. Я даю здесь свое согласие также на местную анестезию, будучи осведомлена о возможности аллергической реакции различной тяжести на вещества анестезии. Я знаю, и согласен/а с тем, что анализ, и все дополнительные действия будут исполнены теми, кому будут поручены, согласно правилам и инструкциям больницы и мне не обещано, что они будут исполнены полностью или частично кем-то именно, при условии, что они будут проведены с принятой в больнице ответственностью и в рамках закона.

подпись пациента/ки _____ время _____ дата _____

חתימת האישה _____ תאריך _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לאשה את כל האמור לעיל בפ ירוש הדרוש וכי היא חת מה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

_____ מס' רשיון

_____ חתימת נותן/ת ההסבר

_____ שם נותן/ת ההסבר

_____ *מחקר/י את המיותר