

**טופס הסכמה: בדיקת שקיפות עורפית**  
**NUCHAL TRANSLUCENCY**

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: СОГЛАСИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ  
ПРОЗРАЧНОСТИ ЗАТЫЛКА. ДЕКЛАРАЦИЯ ОБСЛЕДУЕМОЙ.**

Исследование прозрачности затылка представляет собой ультразвуковое исследование, которое производится беременным женщинам для оценки риска наличия синдрома Дауна (Down Syndrome) и дополнительных дефектов у плода.

Согласно указаниям Министерства Здравоохранения, ультразвуковое исследование прозрачности затылка рекомендуется для исключения синдрома Дауна при многоплодной беременности. Согласно тем же указаниям, в некоторых случаях это исследование может быть рекомендовано и при наличии у беременной только одного плода.

Мне объяснено, что планируемое мне ультразвуковое исследование назначается обычно в следующих случаях:

- при наличии многоплодной беременности;
- по направлению врача с объяснением причины направления:

---

- по просьбе и инициативе беременной женщины.

Исследование производится между 11<sup>ой</sup> и 14<sup>ой</sup> неделями беременности с подходом через брюшную стенку или через влагалище, в соответствии с решением производящего исследование врача.

Во время исследования измеряется толщина подкожной ткани на затылке плода. Сопоставление результатов исследования с риском, определяемым возрастом матери, позволяет статистически оценить вероятность синдрома Дауна у плода. Это исследование не может, однако, полностью исключить синдром Дауна или другие хромосомные нарушения.

Для оценки степени указанного риска при одноплодной беременности рекомендуется сопоставление результатов ультразвукового теста и дополнительных данных, полученных при исследовании крови матери согласно рекомендации лечащего врача/консультанта-генетика.

Мне объяснено, что в том случае, если будет выявлена высокая степень риска синдрома Дауна, может возникнуть необходимость в проведении инвазивных исследований, согласно рекомендации консультанта-генетика. На этой стадии беременности возможно прийти к окончательному диагнозу синдрома Дауна или дополнительных хромосомных нарушений только с помощью инвазивных методов (исследование околоплодных вод или ворсинок плаценты, полученных путем прокола).

Мне объяснено также, что в случае, если толщина затылочной складки превышает 3 мм, имеется повышенный риск других дополнительных пороков. В этих случаях может возникнуть необходимость произвести согласно рекомендации лечащего врача/консультанта-генетика дополнительные исследования, к которым относятся как расширенная обзорная эхокардиография сердца плода, так и другие диагностические методы.

Мне объяснено, что даже в тех случаях, когда результаты исследования указывают на низкую степень риска, это не всегда исключает необходимость инвазивных методов исследования.

Консультант-генетик правомочен на основании ряда признаков (возраст матери, наличие дефектов плода при прошлых беременностях и т.п.) рекомендовать к исполнению дополнительные инвазивные исследования в рамках общественного здравоохранения.

Мне также объяснено, что данный ультразвуковой метод не заменяет других исследований, и в частности, определение белка -фетопротеина, обзорное исследование на наличие открытых пороков нервной системы.



**החברה לניהול סיכונים ברפואה**



**הסתדרות הרפואית בישראל**

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

החברה הישראלית לאולטראסאונד במיילדות וגינקולוגיה

ט 8879/0155 / OBGYN/OOUS / יוני 2003

Мне объяснено также, что ультразвуковое исследование прозрачности затылка не относится к числу обзорных системных исследований.

**Мне объяснено, что с результатами исследования мне непременно нужно обратиться к лечащему врачу.**

После того, как мне было объяснено все вышесказанное, я подтверждаю настоящим свое согласие на выполнение исследования в рамках вышеизложенного.

Мое внимание было обращено и на то обстоятельство, что исследование прозрачности затылка при многоплодной беременности включено в «корзину услуг здоровья». Его можно производить также при одноплодной беременности при наличии врачебных показаний или при отсутствии таких показаний – по просьбе беременной женщины.

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
 имя \_\_\_\_\_ удостов. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
 личности

נחתם בנוכחות: \_\_\_\_\_  
 שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_  
 имя и фамили \_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ печать \_\_\_\_\_  
 в присутствии



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

החברה הישראלית לאולטראסאונד במיילדות וגינקולוגיה