

送檢單位：_____ 編號：_____ 抽血檢驗日期：_____

第一孕期(11-13⁺⁶週)唐氏症暨子癲前症篩檢基本資料及同意書(自費)

(紅框內基本資料非常重要，請孕婦務必詳填，以正確計算風險值)

姓名：_____ 身分證號：_____ 出生日期：西元____年____月____日
 人種/國籍：台灣其他_____ (務必填寫)
 懷孕次數(G)：_____ 生產次數(P)：_____ 身高：_____公分 體重：_____公斤

下列項目請勾選

此胎為雙胞胎：否 是 抗磷脂質症候群：否 是
 抽煙：否 是 前胎有子癲前症：否 是
 糖尿病：否 是 (Type 1 , Type2) 受孕方式：自然受孕 誘導排卵 試管
 慢性高血壓：否 是 最後一次月經：西元____年____月____日
 紅斑性狼瘡：否 是 預產期：西元____年____月____日

血壓值(mmHg) *兩次量測需間隔五分鐘

左手第一次：收縮壓_____ 舒張壓_____ 右手第一次：收縮壓_____ 舒張壓_____
 左手第二次：收縮壓_____ 舒張壓_____ 右手第二次：收縮壓_____ 舒張壓_____

超音波日期：西元____年____月____日

胎兒心臟活動(FHA)：visualised not visualised
 胎兒心跳數(FHR)：_____bpm 胎兒頭圍(BPD)：_____mm
 胎兒頭臀脛(CRL)：_____mm 鼻骨(Nasal bone)：有 無
 頸部透明帶(NT)：_____mm 子宮動脈血流阻力(UAPI)：Left_____ Right_____

血清標記檢測值

PAPP-A：_____IU/L free β -hCG：_____ng/mL PIGF：_____pg/mL

同意書

本人_____委請 貴院所施行 11-13⁺⁶週唐氏兒篩檢，瞭解此項檢查為量測胎兒頸部透明帶及抽取母親血液，測定血清中生化指標(PAPP-A、 free β -hCG 與 PIGF)的值，以估算唐氏兒的風險暨子癲前症篩檢。本人瞭解並接受下列情形：

1. 此項篩檢在妊娠 11~13⁺⁶週進行，超音波頭臀長為在 45~84 mm 之間，若已超過此範圍，則願意接受全額退費。
2. 篩檢結果如果顯示罹患唐氏兒機率較高時 (>1/270)，建議進行產前染色體檢查以確定診斷。此項檢查為篩檢性質而非診斷性質，若為高風險者，並不代表胎兒一定具有染色體異常，相對的，篩檢結果為低危險，胎兒仍有極少的機率為唐氏症或其他染色體異常，依據全世界的文獻報告，在百分之五的偽陽性下，本檢驗僅能篩檢出約 82~94%的唐氏症胎兒。所以此法並不能杜絕所有的唐氏兒出生，目前要確定染色體的方法只有接受侵入性的檢查如羊膜穿刺、絨毛膜採樣或臍帶血採樣術等。
3. 雙胞胎懷孕會影響血清值，所以篩檢效果較差。
4. 如超過胎兒頸部透明帶測量的時機時，仍可選擇第二孕期母血唐氏症四指標篩檢。
5. 目前建議滿 34 歲以上之孕婦，可以直接接受羊膜穿刺及羊水分析檢查。

對上述 11-13⁺⁶週唐氏症篩檢之效果及限制，本人均充分瞭解，並要求施行此項篩檢。

同意書人姓名：_____ 簽章 _____ 西元____年____月____日