

送檢單位：_____ 編號：_____ 抽血檢驗日期：_____

第一孕期(11-13⁺⁶週)唐氏症篩檢基本資料及同意書(自費)

(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)

身分證字號：_____

姓名：_____	出生日期：西元_____年_____月_____日
人種/國籍： <input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其他_____ (務必填寫)	最後一次月經：西元_____年_____月_____日
病歷號碼：_____	預產期：西元_____年_____月_____日
身高：_____公分	體重：_____公斤
是否為雙胞胎：否___是___ (請勾選)	是否有糖尿病：否___是___ (請勾選)
是否抽煙：否___是___ (請勾選)	是否為試管嬰兒：否___是___ (請勾選)
是否生過染色體異常或先天異常的胎兒：否___是___ (請勾選)	
聯絡地址：_____ 懷孕次數(G)：_____ 生產次數(P)：_____	
電話(請填隨時都可以聯絡到的電話)：1. _____ 2. _____	

胎兒頭臀脛：CRL：_____mm
 (NT及CRL超音波照片請貼於第一聯背面)
 超音波日期：_____

頸部透明帶 NT：_____mm
 (由醫師填寫，雙胞胎請填2個，並註明位置)
 醫師簽章：_____

PAPP-A：_____IU/L

free beta-hCG：_____ng/mL

同意書

本人_____委請 貴院所施行 11-13⁺⁶週唐氏兒篩檢，瞭解此項檢查為量取胎兒頸部透明帶及抽取母親血液，測定血清中 PAPP-A 和游離絨毛性腺激素(free β-hCG)的值，以估算唐氏兒的風險。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。

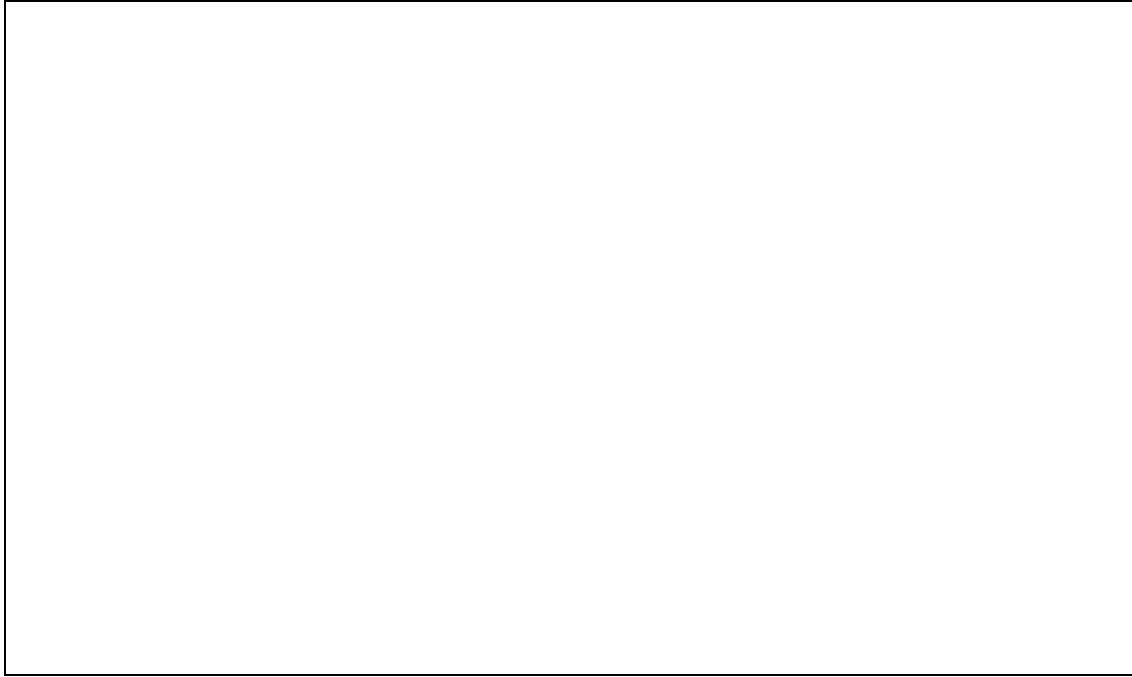
對上述 11-13⁺⁶週唐氏症篩檢之效果及限制，本人均充分瞭解，並要求施行此項篩檢。

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

送檢單位： _____ 編號： _____ 抽血檢驗日期： _____

超音波照片黏貼處

NT



CRL

