

送檢單位：_____ 編號：_____ 抽血檢驗日期：_____

子癲前症風險評估基本資料及同意書(自費)

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 , Type 2) 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

胎兒頭臀脛(CRL)：_____mm 子宮動脈血流阻力(UAPI)：Left_____ Right_____

血清標記檢測值

PAPP-A：_____IU/L PIGF：_____pg/mL

(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)

同意書

本人_____委請 貴院所施行子癲前症風險評估(以下簡稱本測驗)，瞭解此項檢查為抽取母親血液，測定血清中生化指標(PAPP-A 與 PIGF)的值，以估算子癲前症風險。本人瞭解並接受下列情形：

1. 此項篩檢在妊娠 11⁺⁰~13⁺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. 雙胞胎懷孕會影響血清值，所以檢測效果較差，實驗室會再跟孕婦詢問進一步詳細資料。
3. 為了確保本項檢測之準確度，若因個別孕婦血漿不足或不良，可能需要重新抽血取樣。
4. 早發型子癲前症之風險值 $\geq 1:200$ 屬於高風險；根據文獻統計，接受藥物治療可減少 80% 以上早發型子癲前症的機率，並建議與您的產檢醫生討論後續追蹤計畫。
5. 我 同意 不同意 於檢測結果完成後，將剩餘檢體供研究使用。(若未勾選擇視為同意)
6. 針對我的情況進行本檢測，我已經向醫師提出問題和疑慮，並獲得說明(包括但不限於瞭解進行本檢測的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊及選擇其他檢測之風險)。
7. 我已充分了解上述說明、聲明與切結，並同意自費進行本檢測。我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇，但是進行本檢測無法保證一定能防止欲檢測之疾病之發生。

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