

Fișa pentru evaluarea statistică a riscului de Trisomie 21 în trimestrul I și II de sarcină (săptămâna 11-13 și 15-17 de amenoree gravidică)

MEDICUL PRESCRIPTOR

LABORATORUL CARE SOLICITĂ ANALIZA

| |
|------------------|
| Numele/prenumele |
| Adresa |
| Tel/fax |

| |
|---------|
| Adresa |
| Tel/fax |

Datele pacientei:

| |
|--------------|
| PRENUME NUME |
|--------------|

| |
|--------|
| ADRESA |
|--------|

DATA NAȘTERII

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Z | Z | L | L | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

TELEFON

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PRIMA ZI A ULTIMULUI CICLU

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

DURATA CICLULUI
intervalul dintre două sângeri

| | | |
|--|--|------|
| | | ZILE |
|--|--|------|

VÂRSTA SARCINII ECOGRAFIC

| | | |
|--|--|-------------|
| | | săptămâni + |
|--|--|-------------|

zile

în data

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Z | Z | L | L | A | A |
|---|---|---|---|---|---|

Apreciată pe baza măsurării

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| | CRL | | DBP |
|--|-----|--|-----|

SARCINA

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> monofetală | <input type="checkbox"/> gemelară | <input type="checkbox"/> monocorială | <input type="checkbox"/> bicorială |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|

MĂSURĂTORI

FĂT 1

FĂT 2

Data efectuării măsurătorilor ecografice

Lungimea cranio-caudală

| | | | | |
|--|--|---|--|----|
| | | . | | mm |
|--|--|---|--|----|

| | | | | |
|--|--|---|--|----|
| | | . | | mm |
|--|--|---|--|----|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Z | Z | L | L | A | A |
|---|---|---|---|---|---|

Translucența nucală

| | | | | |
|--|--|---|--|----|
| | | . | | mm |
|--|--|---|--|----|

| | | | | |
|--|--|---|--|----|
| | | . | | mm |
|--|--|---|--|----|

Diametrul biparietal

| | | | | |
|--|--|---|--|----|
| | | . | | mm |
|--|--|---|--|----|

| | | | | |
|--|--|---|--|----|
| | | . | | mm |
|--|--|---|--|----|

Os nazal**

| |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Absent |
| <input type="checkbox"/> Prezent |

| |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Absent |
| <input type="checkbox"/> Prezent |

**sunt obligatorii: măsurătorile translucenței nucale și lungimea cranio-caudală

GREUTATEA PACIENTEI

| | | | | |
|--|--|---|--|-----------------------------|
| | | . | | kg (în momentul prelevării) |
|--|--|---|--|-----------------------------|

ORIGINEA ETNICĂ

| | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> caucazian | <input type="checkbox"/> Alta: |
|------------------------------------|--------------------------------|

REPRODUCERE ASISTATĂ

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> DA |
|-----------------------------|-----------------------------|

ANTECEDENTE DE TRISOMIE 21

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> DA |
|-----------------------------|-----------------------------|

→

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Vârsta mamei în cazul precedentei sarcini cu risc

FUMĂTOARE

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> DA |
|-----------------------------|-----------------------------|

DIABET ZAHARAT

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NU | <input type="checkbox"/> DA |
|-----------------------------|-----------------------------|

Evaluarea riscului de trisomie se va efectua pe baza determinărilor hormonale corespunzătoare

| |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DUBLU TEST |
|-------------------------------------|

PAPP-A și free beta HCG

| |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TRIPLU TEST |
|--------------------------------------|

HCG total, AFP și estriol liber

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> CVADRUPLU TEST |
|---|

HCG total, AFP, estriol liber și inhibina A

Se completează de medicul obstetrician care urmărește sarcina

DATA PRELEVĂRII PROBEI

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Z | Z | L | L | A | A |
|---|---|---|---|---|---|

Se completează de personalul laboratorului care prelevează proba de sânge

SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ MEDICULUI

ATESTAREA CONSULTULUI MEDICAL ÎN VEDEREA CONSILIERII GENETICE:

Subsemnatul(a) _____, medic _____, am examinat-o din punct de vedere medical pe doamna _____, în vederea diagnosticării unei eventuale maladii genetice – Trisomia 21.

În acest scop am efectuat următoarele:

1. Evaluarea riscului de naștere a unui copil cu o boală de o mare gravitate, ținând cont de antecedentele familiale ale pacientei și de constatările medicale efectuate pe parcursul sarcinii.
2. Informarea pacientei asupra caracteristicilor acestei afecțiuni, a mijloacelor de depistare a bolii, asupra posibilităților terapeutice și asupra rezultatelor care se obțin prin efectuarea acestui test (evaluarea riscului de Trisomie 21).
3. Informarea pacientei asupra riscurilor posibile ale prelevării sanguine, asupra contraindicațiilor acesteia și asupra eventualelor consecințe ale acesteia.

În acest sens am adus la cunoștință pacientei următoarele aspecte:

- prelevarea probei de sânge se realizează în vederea dozării unor markeri serici în primul trimestru, respectiv, al doilea trimestru de sarcină, care se utilizează apoi împreună cu datele obținute prin măsurătorile ecografice, pentru calcularea riscului de a da naștere unui făt cu Trisomie 21;
- acest calcul se efectuează cu scopul de a evalua riscul de naștere a unui copil cu Trisomie 21 (mongolism, sindrom Down), însă diagnosticul de Trisomie 21 fetală nu se poate pune doar pe baza acestui test, fiind necesare examinări suplimentare;
- interpretarea rezultatului testului, exprimat printr-un nivel de risc, a fost explicată de medicul prescriptor;
- dacă riscul obținut are o valoare mare ($1/100$, $1/50$ etc.) se va propune efectuarea unei puncții amniotice (amniocenteză) pentru stabilirea cariotipului fetal;
- dacă riscul obținut are o valoare redusă ($1/300$, $1/500$ etc.), nu este exclusă în totalitate posibilitatea de a da naștere unui făt cu trisomie 21;
- În momentul actual, sensibilitatea testului permite decelarea a peste 60% din cazurile de Trisomie 21;
- în urma consultației medicale, doamna _____ declară pe propria răspundere că a fost informată asupra acestor aspecte legate de determinarea riscului de Trisomie 21.

Semnătura pacientei

La finalul consultației am indicat pacientei efectuarea acestui test de depistare prenatală a riscului de apariție a trisomiei 21 fetale prin prelevarea unei probe de sânge.

Prelevarea sângelui trebuie efectuată obligatoriu între săptămânile 11-13 sau 15-17 de amenoree gravidică, pacienta se va prezenta în acest scop la laborator în intervalul: _____.

(Vă rugăm precizați cu exactitate intervalul de timp în care se va efectua prelevarea probei de sânge).

Semnătura și parafa medicului prescriptor

* Exactitatea datelor înscrise în această fișă din punct de vedere al respectării perioadelor indicate pentru efectuarea măsurătorilor ecografice și a prelevării probei de sânge concură la obținerea unui rezultat de fidelitate.