

		cod. az.	
		Revisione	
		Data	
		Pagina	
		Documento di riferimento	

通过产妇血浆含有的游离循环 DNA 测序，确定 21、18、13 染色体和性染色体非整倍体风险的检查

无创产前基因检测 (NIPT) - 单胎妊娠和双胎妊娠 告知书

同意/拒绝声明

本人(姓名)： _____

出生地点： _____ 出生日期： _____

居住城市： _____ 省份： _____

街道名称： _____ 街道号码： _____ 固定电话： _____

手机号码： _____ 电子邮件： _____

税务代码： _____

本人声明：

已收到有关将在意大利佛罗伦萨国立大学卡雷吉校医院有限公司（下文简称“AOU 卡雷吉医院”或“卡雷吉医院”）SOD 基因诊断科依靠 CE-IVD VeriSeq™ NIPT Solution v. 2 解决方案，《通过产妇血浆含有的游离循环 DNA 序列的 21、18、13 染色体非整倍体和性染色体风险确定检查》的适用性信息。

除此之外，本人声明：

1. 已收到、已阅读并已理解同意声明书所含的《通过产妇血浆含有的游离循环 DNA 序列的 21、18、13 染色体非整倍体和性染色体风险确定检查》文档；
2. 已收到涉及类型、目的、检查开展方式的
3. 详尽信息并充分理解本人已被告知的上述信息；
4. 已被合理地告知有关本人所参与检查的优势和极限；
5. 已理解本次检查是一项针对检测染色体非整倍体的筛查，任何高风险的结果须采取无创产前诊断，依靠诊断性测试（胚胎染色体组型）进行核实；
6. 已了解本人有提出疑问并获知满意回答的机会；
7. 已了解本人拥有必要的时间来决定同意或拒绝本次检查。

因此，本人自由、自愿参与测试且拥有完整的参与测试的意识：

<input type="checkbox"/> 赞成	<input type="checkbox"/> 不赞成	进行静脉血抽取及后续测试
<input type="checkbox"/> 赞成	<input type="checkbox"/> 不赞成	测试结果若显示为高风险或 FF（胎儿比值）不及格，结果将报送至下述的产前诊断中心：

<input type="checkbox"/> 赞成	<input type="checkbox"/> 不赞成	卡雷吉医院 SOD 基因诊断科和上述指定的产前诊断中心涉及测试结果或追踪的工作人员已与本人取得联系
<input type="checkbox"/> 赞成	<input type="checkbox"/> 不赞成	将检查结果发送至对本人进行组合测试/测试胎儿颈项透明层超声检

	<p align="center">LOGO AZIENDALE</p>	cod. az.	
		Revisione	
		Data	
		Pagina	
		Documento di riferimento	

**通过产妇血浆含有的游离循环 DNA 测序，确定 21、18、13 染色体和性染色体非整倍体风险的检查
无创产前基因检测 (NIPT) - 单胎妊娠和双胎妊娠 告知书
同意/拒绝声明**

☐ 赞成
☐ 不赞成

查评估 (NT) 的中心。

为了实验室新方法的标准化，使用匿名形式的检查后样本

☐ 赞成
☐ 不赞成

为了实验室新方法的标准化，使用匿名形式的检查数据

最后，本人声明，已经了解本人在结果报送之前的任何时刻均拥有撤回上述同意授权的机会。

日期: _____

签名: _____

负责接收《声明书》的医务人员

姓名/签章: _____-签名: _____

文化调解员(若已分配): _____

签名: _____

(以规范字体签署的姓名)

未成年患者、被剥夺权利的患者或接受额外援助的患者，其许可权委托下述主体/嫡系子女替代传达时有效:

_____先生/女士

出生地点: _____

出生日期: ____/____/____

与受检者的关系: _____

一个/多个见证人(若存在) _____

签名 _____

(以规范字体签署的姓名)

撤回许可

本人作为签名人: _____

于_____ (日期)

声明欲撤回针对《通过产妇血浆含有的游离循环 DNA 序列的 21、18、13 染色体非整倍体和性染色体风险确定检查》文档给出的许可;

签名: _____

第 2 页/共 2 页

CONSENSO TEST NIPT (CINESE)