



LOGO AZIENDALE

cod. az

Revisione

Data

Pagina

Documento di  
riferimento

إقرار الموافقة المستنيرة/الرفض المستنير

على اختبار تحديد خطورة

اختلال الصبغة الصبغية بالكروموسومات 21 و 18 و 13 وبالكروموسومات الجنسية عن طريق تسلسل الحمض النووي الحر المتداول في بلازما  
الأم

(NIPT، اختبار ما قبل الولادة غير الجراحي) - حالات الحمل الفردي والحمل في توأم

أنا الموقعة أدناه (اللقب، الاسم)

محل الميلاد

تاريخ الميلاد

المقيمة في

مقاطعة

شارع

رقم هاتف

محمول

بريد إلكتروني

الرمز الضريبي

أقر بأنني:

قد تلقيت المعلومات المناسبة بشأن أداء "اختبار لتحديد خطورة اختلال الصبغة الصبغية بالكروموسومات 21 و 18 و 13 وبالكروموسومات الجنسية عن طريق تسلسل الحمض النووي الحر المتداول في بلازما الأم"، والذي سيتم تنفيذه باستخدام 2 من نظام CE-IVD VeriSeq™ NIPT Solution لدى SOD Diagnostica Genetica AOU Careggi.

كما أقر بأنني:

1. قد تلقيت وقرأت وفهمت مستند "الوثيقة التعريفية باختبار تحديد خطورة اختلال الصبغة الصبغية بالكروموسومات 21 و 18 و 13 وبالكروموسومات الجنسية عن طريق تسلسل الحمض النووي الحر المتداول في بلازما الأم" الخاضع لإقرار الموافقة هذا؛
2. قد تلقيت معلومات شاملة وفهمت بالكامل ما تم شرحه لي
3. قد أحطت علماً بشكل كافٍ بشأن نوع الخدمة المقترحة والغرض منها وطريقة ممارستها؛
4. قد تم إبلاغي بشكل كافٍ عن مزايا وحدود الاختبار الذي أخضع إليه؛
5. قد فهمت أن هذا الاختبار عبارة عن مسح لاختلال الصبغة الصبغية للكروموسومات التي تم فحصها، وأن أية نتائج عالية المخاطر تتطلب التحقق من خلال الاختبارات التشخيصية (النمط النووي الجنيني) التي يمكن تنفيذها بواسطة التشخيص الباضع قبل الولادة.
6. قد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة والحصول على إجابات مرضية؛
7. حصلت على كل الوقت اللازم لاتخاذ قرار بما إذا كنت سأجري الاختبار أم لا.

وبالتالي وأنا في كامل وعي وبمحض إرادتي وبحرية كاملة:

بتنفيذ سحب عينة دم وريدي والاختبار المقترح

□ لا أوافق

□ أوافق

أن يتم أيضاً إرسال نتائج الاختبار، إذا كانت ذات خطورة عالية أو ذات FF غير  
ملاءمة، إلى مركز تشخيص ما قبل الولادة المبين أدناه

□ لا أوافق

□ أوافق



LOGO AZIENDALE

cod. az

Revisione

Data

Pagina

Documento di  
riferimento

إقرار الموافقة المستنيرة/الرفض المستنير

على اختبار تحديد خطورة

اختلال الصبغة الصبغية بالكروموسومات 21 و 18 و 13 وبالكروموسومات الجنسية عن طريق تسلسل الحمض النووي الحر المتداول في بلازما  
الأم

(NIPT، اختبار ما قبل الولادة غير الجراحي) - حالات الحمل الفردي والحمل في توأم

أن يتم الاتصال بي من قبل طاقم العمل في SOD Diagnostica Genetica  
dell'AOU Careggi ومركز تشخيص ما قبل الولادة المشار إليه بشأن نتيجة  
الاختبار أو المتابعة

☐ أوافق ☐ لا أوافق

على أن تُرسل نتائج الاختبار إلى المركز الذي أجريته به الاختبار المشترك /  
الموجات فوق الصوتية مع تقييم الشفافية القفوية

☐ أوافق ☐ لا أوافق

إلى استخدام العينة المتبقية بعد الاختبار بشكل مجهول، من أجل التوحيد القياسي  
لطرق معملية جديدة

☐ أوافق ☐ لا أوافق

على استخدام بيانات الاختبار المنفذ بشكل مجهول، ذي تم إجراؤه، من أجل التوحيد  
القياسي لطرق معملية جديدة

☐ أوافق ☐ لا أوافق

وأخيرًا، أقر بأنني على علم بإمكانية إلغاء هذه الموافقة في أي وقت قبل الإبلاغ بالنتيجة.

التوقيع

التاريخ

المهني الصحي القائم بجمع الإقرار

-التوقيع

اللقب والاسم/الختم

التوقيع

الوسيط الثقافي (إن وجد)

(الاسم واللقب بحروف واضحة والتوقيع)

في حالة المرضى القصر أو المعترضين أو الخاضعين لإدارة الدعم، يتم التعبير عن الموافقة بشكل صحيح من قبل الشخص/الأشخاص  
الشرعي/الشرعيين التالي/التاليين:

السيد / السيدة

المولود / المولودة في بتاريخ / /

بصفته/بصفتها



LOGO AZIENDALE

cod. az

Revisione

Data

Pagina

Documento di  
riferimento

إقرار الموافقة المستنيرة/الرفض المستنير

على اختبار تحديد خطورة

اختلال الصبغة الصبغية بالكروموسومات 21 و 18 و 13 وبالكروموسومات الجنسية عن طريق تسلسل الحمض النووي الحر المتداول في بلازما  
الأم

(NIPT، اختبار ما قبل الولادة غير الجراحي) - حالات الحمل الفردي والحمل في توأم

الشاهد/الشهود (إن وجد/إن وجدوا)

التوقيع

(الاسم واللقب بحروف واضحة والتوقيع)

إلغاء الموافقة

أنا الموقعة أدناه

بتاريخ

أقر بأنني أرغب في إلغاء الموافقة على أداء "اختبار لتحديد خطورة اختلال الصبغة الصبغية بالكروموسومات 21 و 18 و 13 وبالكروموسومات  
الجنسية عن طريق تسلسل الحمض النووي الحر المتداول في بلازما الأم"

التوقيع