

شماره سند: ۱-۲-۱۰۸ تاریخ تهیه سند: ۹۷/۱۰/۱ تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۱ ویرایش: B	رضایت نامه انجام آزمایشات غربال گری سلامت جنین محدوده توزیع: پذیرش و نمونه گیری	آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک آینده (دکتر نژاده)
--	--	---

فرم رضایت نامه آزمایشات غربال گری

اینجانب فرزند به شماره ملی ضمن اطلاع از چگونگی انجام این آزمایش رضایت کامل خود را جهت انجام آن اعلام می دارم و میدانم که :

* طبق قوانین داخلی کشور تنها در صورت تایید پزشکی قانونی مبنی بر سقط درمانی اجازه آن تا هفته ۱۹ بارداری می باشد. یکی از موارد سقط درمانی تایید بیماری سندرم داون و یا سندروم ترنر در جنین میباشد و مادر جهت تایید آن نیاز به انجام آمنیو سنتز داشته و جوابدهی آن نیز ۳-۴ هفته طول میکشد. بنابراین اگر به دلیل تاخیر در انجام آزمایش، جواب آن بعد از هفته ۱۹ حاضر شود مسئولیت موارد قانونی آن بر عهده اینجانب می باشد .

* تفسیر جواب آزمایش به عهده پزشک درخواست کننده بوده و در صورت بروز هر گونه خسارت مادی و معنوی ناشی از عدم رعایت زمان و تاخیر در انجام آزمایشات لازم اذعان دارم که گروه آزمایشگاههای دکتر نژاده هیچ گونه مسئولیتی در قبال آسیب های وارده به اینجانب نداشته و اطلاع دارم که این پروتکل یک تست غربال گری بوده و تشخیصی نمی باشد و بنابراین نتایج آن نیز صد در صد نمی باشد.

نام و نام خانوادگی :

تاریخ :

امضا و اثر انگشت :