



CASA DI CURA "VILLA MARGHERITA" UNITÀ DI DIAGNOSI PRENATALE

Roma, _____

CONSENSO INFORMATO PER LO SCREENING ECOGRAFICO DELLE ANOMALIE CROMOSOMICHE DEL PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

Io sottoscritta _____ ho letto e ben inteso le informazioni esposte dal dott. _____ e delle quali mi viene rilasciata una copia, pertanto

ACCONSENTO ()

NON ACCONSENTO ()

a sottopormi al test di screening combinato proposto dal vostro Servizio (misurazione della translucenza nucale e ricerca dell'osso nasale, valutazione Doppler a livello della valvola tricuspide e del dotto venoso + esami biochimici) pur sapendo di poter accedere ad altri test del primo trimestre che possono avere una maggiore sensibilità di definizione del rischio di malattie cromosomiche (per es. villocentesi).

Sono a conoscenza che la positività o negatività del test non necessariamente significano presenza od assenza di malattia ma sono solo una indicazione in più per poter accedere ad un'indagine invasiva di diagnosi prenatale (villocentesi o amniocentesi) la cui decisione dipende soltanto dalla mia volontà.

firma della paziente

firma del medico
