

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

1. Я, _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес проживания),

даю свое информированное согласие на проведение молекулярного кариотипирования (хромосомного микроматричного анализа) материала абортуса.

даю свое информированное согласие на проведение обследования.

2. Я подтверждаю, что проинформирована о целях, ограничениях метода, вероятности получения результата, а также предупреждена и понимаю особенности завершения исследования.

Неинвазивное определение пола и резус-фактора плода проводится с 10-й недели беременности только для одноплодной беременности, в т.ч. после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), с использованием донорской спермы или яйцеклеток, при суррогатном материнстве. При наличии предыдущей беременности менее, чем за 3 месяца до настоящей, результат анализа в редких случаях может являться не достоверным.

Результаты исследования основываются на выявлении в крови беременной женщины ДНК плода, а именно наличие участка SRY для определения пола и участка RHD для определения резус-фактора плода. Метод исследования: полимеразная цепная реакция с гибридизационно-флуоресцентной детекцией. Достоверность теста составляет 99%. В настоящий момент эффективного массового лечения резус-сенсibilизации не существует, поэтому крайне важна профилактика. Всем беременным женщинам с отрицательным резус-фактором, если у отца ребенка положительный резус-фактор, мы рекомендуем профилактику резус-сенсibilизации во время беременности.

В редких случаях количество ДНК плода в крови матери недостаточно для анализа (низкая фетальная фракция), поэтому может потребоваться повторный забор крови.

3. Мне сообщено, что ООО «Лаборатории ЦИР» (далее по тексту – Лаборатория) предоставляет возможность получать результаты исследования без дополнительного посещения с использованием современных технических средств передачи информации, при этом Лаборатория соблюдает конфиденциальность данных, опираясь на существующие этические и юридические нормы. Я проинформирована, что Лаборатория не несет ответственности за неверно указанные мною номер телефона и адрес электронной почты.

4. Я даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в пунктах 1, 3 статьи 3 и статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

5. Я внимательно ознакомилась с данным документом, имеющим юридическую силу.

6. Я принимаю решение о добровольном согласии на проведение обследования на предложенных условиях.

Подпись пациента _____(ФИО)

« ____ » _____ 20 ____ г.