

| POTILAAN TIEDOT  |   | TILAAVAN LÄÄKÄRIN TIEDOT  |   |
|--|---|---|---|
| <b>Etunimi *</b>   | <b>* Pakolliset kentät</b>  | <b>Lääkärin nimi *</b>  |   |
| <b>Sukunimi *</b>  |   | <b>Sähköposti</b>   |   |
| <b>Henkilötunnus</b>   |   | <b>Toimipisteen nimi *</b>  |   |
| <b>Sukupuoli</b>   | <b>NAINEN</b>   | <b>Puhelinnumero</b>  |   |
| <b>neoBona - Merkitse rastilla (X) potilaallesi sopiva vaihtoehto</b>  |   |   |   |
| <b>Yksisikiöinen raskaus tai kaksosraskaus</b>   |   | <b>Yksisikiöinen raskaus</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>neoBona (B –NIPT ATK 10795)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 21-, 18- ja 13-trisomia</li></ul> <input type="checkbox"/> Halutaan määrittää lisäksi sukupuoli (Y-kromosomin määrittäminen)<br><i>Määrittää sikiön sukupuolen yksisikiöisissä raskauksissa. Jos kromosomi Y havaitaan kaksosraskauksissa, voidaan todeta, että ainakin toinen sikiöstä on miespuolinen. Jos Y-kromosomia ei havaita kaksosraskauksissa, ovat molemmat sikiöt naispuolisia.</i>  |   | <input type="checkbox"/> <b>neoBona Advanced (B –NIPTadv KL 6373)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 21-, 18- ja 13-trisomia</li><li>• Aneuploidia X, Y</li><li>• Sikiön sukupuoli</li></ul> |   |
| <b>KLIINISET TIEDOT</b>  |   |   |   |
| <b>Potilaan syntymäaika *</b> : / / (päivä/kuukausi/vuosi)   | <b>Paino</b> _____ kg <b>Pituus</b> _____ cm  | <b>Uusintatesti*</b> : <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä   |   |
| <b>Raskauden kesto*</b> :<br>_____viikkoa _____päivää  | <b>Raskaudenkeston mittaustapa*</b> :<br><input type="checkbox"/> Viimeinen kuukautiskierto (LPM)<br><input type="checkbox"/> Ultraääni (CRL) <input type="checkbox"/> Siirron päivämäärä (IVF) | <b>Sikiöiden lukumäärä*</b> : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> Katoava kaksonen  |   |
| <b>Päivämäärä*</b> : / / (päivä/kuukausi/vuosi)  | <b>IVF-raskaus *</b> : <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä   | <b>Jos IVF, munasolut*</b> : <input type="checkbox"/> Omat <input type="checkbox"/> Luovutetut  | <b>Jos IVF, luovuttajan ikä luovutushetkellä*</b> :<br>_____ vuotta |
| <b>Kliiniset indikaatiot*</b> : <input type="checkbox"/> Äidin korkea ikä  | <input type="checkbox"/> Poikkeava ultraääni  | <input type="checkbox"/> Huoli  |   |
| <input type="checkbox"/> 1. trimesterin seulonnan saatu korkean riskin tulos (1/ _____)  | <input type="checkbox"/> Kliininen historia   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Muu syy: _____  |   |   |   |
| <b>TILAAVAN LÄÄKÄRIN ALLEKIRJOITUS</b>   |   |   |   |
| Perustuen yllä mainittuihin indikaatioihin, tilaan neoBona®-seulonnan ja vakuutan että parhaan tietämykseni mukaan potilasta ja lähettävää lääkärinä koskevat tiedot tässä lomakkeessa ovat tarkkoja. Vakuutan, että olen neuvonut potilasta koskien neoBona® -seulontaa lain mukaisesti ja että olen saanut potilaan nimenomaisen suostumuksen.   |   |   |   |
| <b>Lääkärin allekirjoitus*</b> :   |   | <b>Päivämäärä:</b> / / (päivä/kuukausi/vuosi)   |   |
| <b>POTILAAN TIETOINEN SUOSTUMUS</b>  |   |   |   |
| Allekirjoittamalla tämän lomakkeen vahvistan, että olen lukenut ja hyväksynyt potilasinformaatiolomakkeella kerrotut tiedot tai että se on luettu minulle ja että olen ymmärtänyt sen koko sisällön. Olen saanut perinnöllisyysneuvontaa lääkäritäni (tai lääkäriäni nimeämältä henkilöltä) koskien tämän seulonnan tarkoitusta, sen mahdollisia riskejä ja rajoituksia. Minulle annettiin mahdollisuus kysyä kaikki kysymykseni; sain vastauksen jokaiseen kysymykseeni ja riittävästi aikaa pohtia tietoa ja valintaani suorittaa tämä seulontakoe. Olen saanut tiedon, ja hyväksyn, että riippuen seulonnan indikaatiosta, sairausvakuutuskeni ei välttämättä ole velvoitettu kattamaan seulonnan kustannuksia ja että saatan joutua maksamaan seulonnan itse. Suostun siihen että tämä seulonta suoritetaan ja tulokset keskustellaan tuloksesta sekä asianmukaisesta lääketieteellisestä hoidosta terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Olen saanut tiedon ja hyväksyn sen, että neoBona® on seulontatesti ja että 'poikkeava' tulos ei välttämättä tarkoita sitä, että sikiöllä on kromosomipoikkeavuus. Samoin ymmärrän että "normaali" tulos ei täysin karsi mahdollisuutta kromosomipoikkeavuuksiin. Olen saanut tiedon ja hyväksyn sen että tämä seulonta paljastaa sikiön sukupuolen jos 'Halutaan määrittää lisäksi sukupuoli' vaihtoehto on valittuna. Ymmärrän ja hyväksyn sen että vain tässä lomakkeessa tilatut kliiniset kokeet, mutta ei mitään muita kokeita, tehdään minun verinäytteeni. Hyväksyn edellä mainitun ja valtuutan SYNLABin suorittamaan neoBona® -seulonnan. |   |   |   |
| Täten nimenomaisesti hyväksyn, että verinäytteeni ja jäljennös tästä Seulonnan tilauslomakkeesta sekä kaikki tähän lomakkeeseen sisältyvät henkilökohtaiset tiedot lähetetään analyysin suorittamaan SYNLAB DIAGNOSTICOS GLOBALES SA:n laboratorioon ja että seulonnan tulokset ja henkilökohtaiset tiedot voidaan käsitellä ja tallentaa SYNLABin yksiköiden toimesta EU:ssa. Vapautan SYNLAB Finland Oy:n ja sen henkilöstön lääketieteellisestä salassapitovelvollisuudesta koskien tämän tutkimuksen suorittamisessa vaadittavia tiedonsiirto- ja käsittelytoimenpiteitä. Vahvistan että verinäytteeni käytetään vain tässä lomakkeessa kuvattuihin ja tilattuihin kliinisiin kokeisiin, ja ettei muita kokeita suoriteta muutoin kuin on sovittu tällä lomakkeella. Täten myös hyväksyn, että seulonnan suorittava laboratorio välittää tuloksen SYNLAB Finland Oy:lle ja tässä lomakkeessa mainituille lääkäreille ja/tai heidän edustajilleen. Vahvistan ja hyväksyn että SYNLAB Finland Oy voi lainsäädännön tai viranomaisten pakottamana ilmoittaa tietoni viranomaisille tai kolmansille osapuolille.   |   |   |   |
| <b>Potilaan allekirjoitus*</b> :   |   | <b>Päivämäärä:</b> / / (päivä/kuukausi/vuosi)   |   |
| <b>NÄYTTEENOTTOTIEDOT</b>  |   |   |   |
| <b>Toimipisteen nimi:</b>  |   | <b>Näytteenoton päivämäärä *</b> : / / (päivä/kuukausi/vuosi)   |   |
| <b>Toimipisteen tunnistus:</b>   |   | <b>Raskausaika n.ottopäivänä *</b> : viikkoa _____ päivää   |   |