

羊水穿刺・羊水染色体検査説明書 同意書

羊水穿刺および羊水染色体検査について、その目的、方法、危険性および限界に関して以下ご説明いたします。

1. 羊水穿刺およびそれによる染色体検査の目的は、胎児の染色体異常を診断するためです。
2. 羊水穿刺の具体的な方法としては、まず超音波検査により安全・確実に穿刺できる場所を確認し、その皮膚を十分に消毒した上で、専用の穿刺針を超音波ガイド下に子宮内に刺し入れます。針が問題なく確実に入ったことを確認した上で、胎児の周囲にある羊水を約 20ml 吸引して終わります。針を刺すときには多少の痛みを伴うことが避けられないため、あらかじめ皮膚に局所麻酔を施すことがあります。
3. 穿刺する場所の種々の条件により、1 回の穿刺では必要量の吸引に成功しない場合があります。そのときは穿刺を繰り返させていただくことになります。
4. この検査に伴う合併症としては、穿刺後におよそ 0.3%以下の確率で流産が起こるとされていることおよび、きわめてまれには出血・羊水栓塞・感染が起こったという報告のあることをご理解ください。
5. 羊水染色体検査は、吸引した羊水中にある胎児細胞を培養し増殖させてから検査を行う方法のため、最終的な結果が判明するまでに約 2 週間の日数を必要とします。
6. 今回行う羊水染色体検査では、特別な処置を必要とする染色体切断症候群と脆弱 X 染色体は分析できず、顕微鏡観察では発見不可能なほど微細な染色体異常や、正常と異常な細胞の比率が非常にかたよっているモザイクなどは発見できないこと、さらに、予期せぬ原因によって、まれに培養が不成功に終わる場合があることをご承知おきください。
7. 染色体検査の結果により胎児の性別は判断できますが、原則として結果はお伝えいたしません。
8. 羊水穿刺ならびに羊水染色体検査に対しては健康保険が適用されないため、費用は自費となります。

[同意書]

年 月 日

愛和病院院長 殿

遺伝カウンセリングを受け、私たちは上記説明を理解し、羊水穿刺および羊水染色体検査を受けることに同意いたします。下記署名はすべて、各々の直筆で署名します。

■ 患者氏名 _____

■ 患者住所 _____

■ 患者連絡先 _____

■ 配偶者氏名 _____

[羊水検査実施日]

年	月	日 ()	:
---	---	-------	---

◎ 同意書(この書類)をご持参ください。

◎ 受付をお済ませになり、血圧測定後、産婦人科窓口へお声をかけて下さい。



愛和病院

埼玉県川越市古谷上983-1
〒350-0001

TEL 049-235-8811(代)
FAX 049-235-8812