

产前胎儿超声检查知情同意书

孕妇姓名:

家族史(请注意填写家族有无相关疾病患者): _____

拟定检查: _____

拟检查时间: 2019年 11月 22日, 谈话时间: 2019年 11月 22日, 谈话地点: 门诊

一、谈话内容:

根据孕妇产前检查的要求,拟施行产前胎儿畸形超声筛查,但鉴于当今医学科技水平所限、被检查者条件、胎位条件以及无法预见的因素等影响,此检查具有以下风险:

1、超声检查能发现大部分的胎儿畸形,但并不能检出所有的胎儿畸形。

2、产科超声检查的3个重点时间段是孕10~14周、18~24周、32~36周,我们建议在以上时间段内各进行1次超声检查,请您不要错过。

3、中孕胎儿形态学筛查的最佳时间为20-24周,胎儿过大或过小时诊断的难度增大,误诊漏诊的风险增大。

4、产科超声检查受孕妇的各种因素以及胎儿体位、胎儿活动、胎儿骨骼声影、羊水量等多种因素的影响,某些器官和结构可能无法显示或显示不清,例如房间隔缺损、室间隔缺损、手足畸形、耳畸形,以及大体形态变化较小的畸形等。因此,产科超声检查具有不确定性,不可能显示胎儿的所有结构。

5、胎儿畸形的形成是一个动态发展过程,只有当病变发生明显的形态学改变,并足以被超声仪器探测出来的时候,才有可能进行超声诊断,在胎儿时期曾经出现过的异常,也可能有轻-重、重-轻的变化,不是每次检查都能够发现的。

6、超声检查是一种影像学检查,不是病理诊断;超声诊断仅供临床参考,即诊断符合率不可能达100%。

上述风险均有可能发生,一旦发生则有可能出现不同程度的不良后果,并相应增加经济负担。请被检者在充分理解以上谈话内容后自主决定是否选择以上检查,并写明意见和签名。

二、患方意见:

经医师告知,我(或我们)充分理解以上谈话内容, 同意 接受以上检查并承担相应风险。

说明: 1、表格内容必须逐项认真填写、字迹清晰、不得漏项;医务人员签名必须签全名。

2、“谈话内容”如需增补,医务人员在书写增补内容后必须交患方逐项签名确认。

3、“患方意见”必须由患者或其法定代理人明确表示“同意”或“不同意”,并在横线上手写确定。

4、特殊情况下患者不能书写本人姓名时,如患者为文盲等,可指导其在“患者手印”处按手印。