

Informationsblatt, Aufklärungsbogen, Zustimmungserklärung

**COMBINED TEST**

11. SSW. bis 14. SSW.

* Jede Frau hat ein geringes, mit dem Alter zunehmendes Risiko, dass ihr Kind mit einem Chromosomenfehler geboren wird.
* Die allermeisten Kinder kommen gesund zur Welt.
* In manchen Fällen ist die Behinderung auf einen Chromosomenfehler, wie das Down-Syndrom (Trisomie 21, frühere Bezeichnung Mongolismus) zurückzuführen.
* Die Wahrscheinlichkeit für das Down-Syndrom nimmt mit dem Alter der Schwangeren zu.
* Einen solchen Chromosomenfehler nachzuweisen oder auszuschließen ist nur mit einer Fruchtwasserpunktion bzw. einer Mutterkuchenpunktion möglich. Dieser Eingriff kann in ca. einer von 100-200 Punktionen zu einer Fehlgeburt führen!

Mit dem **Combined-Test** kann das Risiko auf Vorliegen eines Chromosomenfehlers neu beurteilt werden, ohne die Schwangerschaft zu gefährden.

Zur neuen Risikoberechnung werden folgende Punkte herangezogen:

* Alter und Anamnese der Schwangeren
* Ausmaß der Nackenfalte (Ultraschallmessung)
* Herzfrequenz des Kindes
* die Konzentration zweier Blutbefunde aus dem mütterlichen Blut
* das etwaige Vorhandensein von fetalen Fehlbildungen

Mit diesen Werten wird die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Chromosomenfehlers für Ihr Kind individuell neu berechnet und besprochen.

Mit der Ultraschalluntersuchung liegt die Aussagekraft bei ca. 70%.

Mit dem Combined-Test (Ultraschall und Laborwerte) bei ca. 90%.

Bei ungünstigem Risiko können Sie nach Befundbesprechung mit uns und allfälliger Rücksprache mit Ihrem Gynäkologen entscheiden ob sie eine weitere Ablärung mittels NIPT, CVS oder Fruchtwasserpunktion vornehmen lassen möchten.

Je größer das Risiko eines Chromosomenfehlers, desto eher ist eine Fruchtwasserpunktion angezeigt.

Die Entscheidung treffen Sie mit Ihrem Partner.

Als allgemeine Richtlinie wird eine Fruchtwasserpunktion bei erhöhtem Risiko empfohlen!

**Zustimmungserklärung:**

Ich wünsche die Durchführung der Nackenfaltenmessung mittels Ultraschall und der Blutabnahme zur individuellen Beurteilung des Risikos für mein Kind. Ich wurde über die Art und die Aussagekraft sowie die Kosten dieser Untersuchung aufgeklärt.

Aus einem unauffälligen Ultraschallbefund kann also nicht mit Sicherheit abgeleitet werden, dass ihr Kind keine Fehlbildungen ausweist, normal entwickelt ist, und gesund geboren wird.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich das Ziel dieser Untersuchung verstehe und diese durchführen lassen möchte, weiters die Grenzen der Ultraschall-Untersuchung zur Kenntnis genommen habe.

Ich habe dazu keine weiteren Fragen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin Datum