

# 产前诊断知情同意书

孕妇姓名\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_职业\_\_\_\_\_丈夫年龄\_\_\_\_\_职业\_\_\_\_\_

联系地址\_\_\_\_\_电话\_\_\_\_\_

末次月经\_\_\_\_\_B超检测日期、胎龄\_\_\_\_\_

血清筛查风险率：唐氏综合征 1/\_\_\_\_\_

家族史\_\_\_\_\_

其他\_\_\_\_\_

羊膜腔穿刺的目的是为了获取胎儿细胞，做染色体分析，进行细胞遗传学诊断。但该项操作是以细针穿刺进入羊膜腔，为有创检查。存在但不局限于以下医疗风险和局限性：

1. 通过本次检查，可以排除拟诊断的染色体疾病，但受现有医学技术水平的限制，有时难以分辨染色体的某些微小异常，也不能排除一些多基因病、或其他原因导致的胎儿畸形或异常。
2. 多数情况下，穿刺术较安全。少数可能造成孕妇出血、出血性休克、羊水外流、羊水栓塞、流产及伤及胎儿之可能。如术前孕妇存在隐性感染或术后卫生条件不佳，有发生宫内感染之可能。
3. 孕妇若有合并心脑血管疾病、由于疼痛、紧张、等刺激，有发生心脑血管意外之可能。
4. 及少数孕妇因穿刺失败（如子宫畸形、胎盘位于前壁、腹壁太厚、羊水过少等原因）或细胞培养失败将造成无法进行诊断。

医务人员将严格按照医疗技术规范进行操作，尽最大努力减少上述风险的发生。孕妇方已充分了解该检查的性质、合理的预期目的、风险性和必要性。对其中的疑问已得到经治医师的解答。经本人及家属慎重考虑同意接受羊膜腔穿刺。本同意书经医患双方慎重考虑并签字后生效。其内容为双方真实意思的表示，并确认医方已履行了告知义务，孕妇方已享有知情、选择和同意的权力，将受我国有关法律的保护。本同意书一式两份，医患双方各执一份。

孕妇本人意见：是否愿意进行羊水诊断？ 是 否

孕妇或近亲属或法定代理人签字： 经治医师签字：

年 月 日

年 月 日

XXX 医院产前诊断中心  
咨询电话：