

クアトロテスト 検査に関する説明・同意書

① 検査の目的と検査でわかること

児がダウン症候群・18トリソミー・開放性神経管奇形である確率を算出するスクリーニング検査です。双子妊娠の場合には、18トリソミーの確率は報告できません。

② 検査の方法

妊婦さんの血液を採取し、AFP/hCG/uE3/インヒビンAの4つの成分を測定します。

③ 検査の精度

クアトロテストは確定診断ではありません。検出率(罹患児を妊娠していた人のうち、クアトロテストにて

陽性結果を得ていた人の割合)は、ダウン症候群87%、18トリソミー77%、開放性神経管奇形83%です。

④ 検査結果の報告の仕方

「1/500」のように確率で報告されます。疾患ごとに基準となる確率(カットオフ値)が定められており疾患毎にカットオフ値と妊婦さんの確率を比較します。カットオフ値より高い場合は screen positive (スクリーニング陽性)、低い場合には screen negative (スクリーニング陰性)となります。

⑤ 結果の解釈の仕方

確率が1/500であれば、同じ1/500の結果を得た妊婦さんが500人いたとすると、その中の一人が対象疾患の児を妊娠している可能性がある、と解釈します。

スクリーニング陽性では、児が対象疾患である確率はカットオフ値より高いが、児が対象疾患に罹患しているということではない、と解釈します。

スクリーニング陰性では、児が対象疾患である確率はカットオフ値より低いが、対象疾患に罹患した児が絶対に生まれないということではない、と解釈します。

⑥ クアトロテスト後の検査

ダウン症候群および18トリソミーは、羊水染色体分析が確定診断となります。

開放性神経管奇形には、超音波検査などの画像診断・羊水αフェトプロテイン検査があります。

羊水検査には、母体の腹部に針を刺して羊水を採取しますので、危険が全くないわけではありません。

穿刺後に児が流産する可能性は、1/300程度あるとされています。

*費用 22000円

私は、上記すべての説明事項を医師 _____ から説明を受けて理解し、クアトロテスト検査を受けることに同意します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____

本人署名(自署) _____ 配偶者・パートナー署名(自署) _____

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 出産予定日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 現在の体重 _____ kg

① 妊娠以前から、治療を必要とする糖尿病ですか? (いいえ・はい)

② ダウン症候群の子供はいますか? (いいえ・はい)

③ 家族に神経管欠損症の人はいますか? (いいえ・はい)

はいの場合、該当するものをお答えください

(無脳症・開放性二分脊椎・脳ヘルニア・神経管欠損を伴う閉鎖型二分脊椎・神経管欠損を伴う水頭)

④ 体外受精・顕微授精で妊娠されましたか? (いいえ・はい)

はいの場合、採卵年齢 _____ 才 _____ 力月 胚移植方法 _____ 採卵周期移植・凍結胚移植(自然・ホルモン)