



Consent Form for First Trimester Screening

I have read the patient pamphlet and understand that:

1. The American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) recognizes first trimester screening (when performed by certified personnel) as a viable choice for fetal genetic risk assessment.
2. This screen is appropriate for women who will be less than 35 years old at delivery, women who do not have a family history that increases their risk, and women over age 35 who decline invasive prenatal diagnosis but wish to have additional risk assessment upon which to base such a decision. It is standard of care to consider and offer all women who are 35 years or older an amniocentesis or chorionic villus sampling. Genetic counseling is recommended for all women age 35+ to review these options in detail.
3. This screen gives my obstetrician and me information regarding the genetic risk of my baby.
4. This screen is designed to identify babies who may have an increased risk of having a chromosome abnormality such as Down syndrome (Trisomy 21) or Trisomy 13 or 18.
5. If my screening test shows an increased risk, it does not mean a problem has been diagnosed, only that my pregnancy should be further evaluated.
6. If my screening test shows a result in the “normal range” it does not guarantee that my baby is normal. Other problems including chromosome abnormalities may be present or develop in your baby.
7. My healthcare provider(s) may release my ultrasound, chorionic villus sampling, amniocentesis, and pregnancy outcome results to the laboratory for quality control purposes.
8. I understand there are benefits and limitations of this test, including the possibility of false positive and false negative results.
9. All my questions have been satisfactorily answered.
10. My visit to North Florida Perinatal Associates today was to specifically undergo first trimester screening. Any other pregnancy related concerns have to be addressed with my obstetrician, or during a separate consultation with either a perinatologist or genetic counselor on an as-needed basis as determined by my obstetrician.
11. I understand that my insurance company may not cover this service, and agree to provide payment on the day of the procedure.
12. I consent to having an ultrasound and my blood drawn in order to pursue first trimester screening.

Patient Name (Print): _____

Patient Signature: _____ Date: ____/____/____

Witness Signature: _____ Date: ____/____/____



Formulario de consentimiento para la prueba del primer trimestre

He leído la información del folleto del paciente y entiendo que:

1. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) reconoce las pruebas del primer trimestre (cuando las realiza un personal certificado) como una opción viable para la evaluación de riesgos genéticos fetales.
2. Esta prueba es apropiada para mujeres menores de 35 años en el momento del parto, mujeres que no tienen un historial familiar que aumente el riesgo, y para mujeres mayores de 35 años que rechazan el diagnóstico prenatal invasivo pero aún desean una evaluación de riesgos adicional sobre la cual basar su decisión. Es práctica común considerar y ofrecer a todas las mujeres de 35 años o más un muestreo de vellosidades coriónicas o la amniocentesis. Se recomienda la asesoría genética a todas las mujeres mayores de 35 años para examinar estas opciones en detalle.
3. Esta prueba nos proporciona a mi obstetra y a mi información relacionada con el riesgo genético de mi bebé.
4. Este examen está diseñado para identificar a los bebés con mayor riesgo de tener una anomalía cromosómica, como el síndrome de Down (Trisomía 21) o trisomía 13 o 18.
5. Si mi prueba de detección muestra un aumento en el riesgo, esto no significa que se ha diagnosticado un problema, solo que mi embarazo debe ser más evaluado.
6. Si mi prueba de detección muestra un resultado en el “rango normal”, esto no garantiza que mi bebé es normal. Pueden estar presente o desarrollarse otros problemas, incluyendo anomalías cromosómicas, en tu bebé.
7. Mi(s) proveedor(es) de atención médica puede divulgar los resultados de mi ultrasonido, muestreo de vellosidades coriónicas, la amniocentesis y el embarazo al laboratorio para fines de control de calidad.
8. Entiendo que hay beneficios y limitaciones en esta prueba, incluyendo la posibilidad de resultados negativos y positivos falsos.
9. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
10. Mi visita de hoy a North Florida Perinatal Associates fue específicamente para realizar la prueba del primer trimestre. Cualquier otra preocupación relacionada con el embarazo debe consultarse con mi obstetra, o durante una consulta separada, ya sea con un perinatólogo o asesor genético según mi obstetra estime necesario.
11. Entiendo que es posible que mi compañía de seguro no cubra este servicio, y acepto pagar el procedimiento el día en que este se realice.
12. Acepto que me realicen un ultrasonido y un análisis de sangre para llevar a cabo la prueba del primer trimestre.

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del testigo: _____ Fecha: ____/____/____