

INFORMATIONSBLATT ZUM FIRST-TRIMESTER-SCREENING

Sehr geehrte Schwangere,

Sie haben sich im Zentrum für Pränatale Medizin Leipzig zu einer hochspezialisierten Ultraschalluntersuchung in der frühen Schwangerschaft vorgestellt.

Diese Ultraschalluntersuchung dient der Erkennung von angeborenen Chromosomenstörungen, anderen schweren angeborenen Syndromen und Herzfehlern. Diese Untersuchung muss zwischen der 11+0 SSW und 13+6 SSW (Scheitel-Steißlänge SSL: 45-84 mm) stattfinden.

Dabei wird insbesondere die sogenannte Nackentransparenz, eine Flüssigkeitsansammlung zwischen dem Hals und der darüber liegenden Haut, gemessen. Je größer die Dicke dieser Nackenfalte ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Chromosomenstörung oder andere Syndrome bei Ihrem Kind vorliegen. Eine speziell dafür entwickelte Software berechnet sofort ein an Ihr Kind angepasstes Risiko für das Vorliegen einer Chromosomenstörung (z. B. Trisomie 21/Down-Syndrom).

Darüber hinaus werden bei dieser Untersuchung auch andere Parameter (Nasenbein, Ductus venosus), Körperteile und Organe beurteilt, soweit dies in diesem frühen Schwangerschaftsalter möglich ist. Zusätzlich führen wir immer eine Untersuchung des kindlichen Herzens durch, um schwere Fehlbildungen sehr frühzeitig zu erkennen.

Werden die zwei Hormone (β -HCG, PAPP-A), die vom Mutterkuchen (Plazenta) gebildet werden, im mütterlichen Blut bestimmt, wird die Risikoberechnung damit ergänzt. Mit unserem First-Trimester-Screening sind ca. 90 % der Erbmaterialstörungen und 60 % der Strukturanomalien zu erkennen. Trotzdem kann sie die sog. Feindiagnostik, die zwischen der 18. und 22. SSW stattfinden sollte, nicht ersetzen.

Wenn der Verdacht besteht, dass Ihr Kind eine Chromosomenstörung hat, bieten wir Ihnen nach ausführlicher Beratung sofort die Möglichkeit an, eine Abklärung durch invasive Diagnostik mittels Mutterkuchen-Biopsie (Chorionzotten-Biopsie: CVS) durchführen zu lassen. Diese Untersuchung ermöglicht es Ihnen, innerhalb von 1 bis 2 Tagen den Verdacht auszuschließen oder zu bestätigen.

Bitte bedenken Sie, dass das First-Trimester-Screening eine Risikoabschätzung ist und keine Diagnosestellung. Unauffällige Ergebnisse sind keine Garantie für ein gesundes Kind und der sichere Ausschluss einer Chromosomenstörung ist nur durch eine invasive Diagnostik (Chorionzotten-Biopsie bzw. spätere Fruchtwasserpunktion) möglich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass wir Sie über diese Untersuchung informiert haben und Sie diese Risikoabschätzung wünschen.

Ja, ich wünsche das First-Trimester-Screening, insbesondere die Messung der Nackentransparenz zur Risikoabschätzung:

Ja Nein

Ja, ich wünsche zusätzlich die Blutentnahme zur weiteren Risikoabschätzung:

Ja Nein

Ich willige ein in die Befundmitteilung an weitere mitbehandelnde Ärzte / bzw. Ärzte im Krankenhaus:

Ja Nein

Ich willige ein, dass die Ultraschallbefunde länger als 10 Jahre vom Zentrum für Pränatale Medizin Leipzig archiviert werden dürfen (Nachprüfbarkeit, Rückfragen):

Ja Nein

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten durch die Mitarbeiter des Zentrums für Pränatale Medizin Leipzig erhoben und verarbeitet werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften:

Ja Nein

Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens:

Ja Nein

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift der Schwangeren

Um eine weitere Verbesserung dieser Risikokalkulation aus dem First-Trimester-Screening zu erreichen, sind wissenschaftliche Untersuchungen notwendig. Deshalb sind wir an dem Ausgang Ihrer Schwangerschaft, das heißt an den Daten Ihrer Geburt und Ihres Neugeborenen interessiert. Wir möchten Sie deshalb bitten, uns Ihr Einverständnis zu geben, die Daten der Geburt und Ihres Kindes über Sie selbst oder aus der Entbindungsklinik zu erheben.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Daten meiner Entbindung und meines Kindes durch die Ärzte des Zentrums für Pränatale Medizin Leipzig erfragt werden und anonym dokumentiert werden dürfen.

.....
Unterschrift der Schwangeren

.....
Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass während der Untersuchung Fotos und Videoaufnahmen nicht erlaubt sind.