|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式6）　母体血を用いた出生前遺伝学的検査実施報告書　(実施症例毎)　　平成29年1月20日改訂  -施設認可後**6**ヶ月ごとに提出して下さい。- | | | | | | | | | | | | |
| (1) 実施施設および担当者 | | | | | |  | | |  | |  |  |
|  | |  |  | | |  | | |  | |  |  |
| 施設名 | |  | | 部署名 | | | | 実施責任者名 　　印 | | | | |
| ①（本項は、NIPT検査前の遺伝カウンセリング実施妊婦全例が対象　＊注：NIPT実施例／不実施例の両者を含む）  　 NIPT検査前の遺伝カウンセリング実施者　本務先所属・部署･氏名：  　 NIPT実施者　本務先所属・部署･氏名： | | | | | | | | | | | | |
| ②（本項は、NIPT結果陽性例のみ記載のこと　＊注：確定検査実施例／不実施例の両者を含む）  　 NIPT検査後･確定検査前の遺伝カウンセリング実施者　本務先所属・部署･氏名：  　 確定検査実施者　本務先所属・部署･氏名：  　 確定検査後の遺伝カウンセリング実施者　本務先所属・部署･氏名： | | | | | | | | | | | | |
| (2) 日本医学会　「遺伝子・健康・社会」検討委員会  「母体血を用いた出生前遺伝学的検査」施設認定・登録部会  施設認定番号（認可証の右上に記載）20 -　　、症例番号（各施設において症例ごとに適宜お決めください）： | | | | | | | | | | | | |
| (3)　対象妊婦情報　　診断時年齢（　　　）歳 　　　診断該当項目 1. 胎児超音波検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された  2. 母体血清マーカー検査で、胎児が染色体数的異常を有する可能性が示唆された  3. 染色体数的異常を有する児を妊娠した既往がある  4. 高齢妊娠  5. 両親のいずれかが均衡型ロバートソン転座を有していて、胎児が13トリソミーまたは21トリソミーとなる可能性が示唆される | | | | | | | | | | | | |
| (4)　遺伝カウンセリング （実施年月日と内容を記載） | | | | | | | | | | | | |
| (5)　採血：不実施　・　実施　（平成　　　年　　　　月　　　　日） | | | | | | | | | | | | |
| (6)　NIPT結果報告日：　（平成　　　年　　　　月　　　　日）　　　　　　　　　　　　　陽性　／　保留**（：再検査の場合を含む）** | | | | | | | | | | | | |
| 染色体 | 所見 | | | | | | | | | 備考 | | |
| 13番 |  | | | | | | | | |  | | |
| 18番 |  | | | | | | | | |  | | |
| 21番 |  | | | | | | | | |  | | |
| (7)　確定検査 | 所見 | | | | 人工妊娠中絶 | | 備考 | | | | | |
| □羊水穿刺 □絨毛検査 |  | | | | 無　　**／**　　有  **※消さずに、必ずどちらかに○を付ける。**  **⇒「有」の場合：**（**単・他　　　胎**） | |  | | | | | |
| (8)　最終診断結果の説明内容の概要を記載して下さい | | | | | | | | | | | | |
| (9)　妊娠の転帰 \*注）妊婦・児の転帰です。出生児に何らかの異常が認められた場合にも記載してください。 | | | | | | | | | | | | |