

## 遗传咨询患者确认书

**您的医疗服务提供者推荐您前往 Natera 接受遗传咨询。** 遗传咨询旨在帮助患者理解遗传因素在医学、心理和家族方面对疾病的影响，并采取相应的对策。作为一家诊断公司，Natera 同时提供遗传咨询服务和检测服务。为您提供遗传咨询服务的遗传咨询师同样受雇于 Natera。

遗传咨询服务将通过视频方式进行。我了解 Natera 的政策不允许对任何遗传咨询服务的过程进行录制（音频或视频）。在咨询服务过程中，遗传咨询师将询问有关个人和家族病史的问题。如果您已怀孕，遗传咨询师还将询问您的伴侣或胎儿的其他生物学父母的个人及家族病史。基于此类信息，遗传咨询师将探讨可能影响您和/或婴儿的遗传病/其他疾病风险。

**您有责任向遗传咨询师提供准确而完整的信息。** 遗传咨询师需要根据您所提供的信息来判断风险。某些情况下，遗传咨询师可能要求您向其他医疗服务提供者或家庭成员索要基因检测结果或医疗记录。您有责任向遗传咨询师提供其要求的所有记录。

遗传咨询师将介绍您需要接受的检测，并具体分析各项检测存在的优势、局限性和风险。您可以自行选择检测项目。对于讨论过的所有检测项目，您都可以选择是否参加。

如果您**决定接受**遗传咨询服务期间谈到的任何一项检测，则您有责任进一步与医疗服务提供者接洽，要求其安排检测。医疗服务提供者负责选择开展检测的实验室。大多数检测在 2-3 周内出结果。如果 3 周后仍未收到结果，请务必与医疗服务提供者联系。

Natera 隐私惯例通知 (NPP) 用于描述 Natera 使用和披露受保护健康信息的方式，且 Natera 保留更改此类惯例的权利。您也可以通过 [www.natera.com/natera-notice-of-privacy-practices](http://www.natera.com/natera-notice-of-privacy-practices) 在线查看 NPP。

遗传咨询费用与医疗服务费用分开计算。如果您已提供保险信息，Natera 将向您的**保险公司**开具账单。您需要支付所有的余额、免赔额、共付额和/或共同保险。

## 生殖遗传咨询调查问卷

### 患者信息

姓氏： \_\_\_\_\_ 名字： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ 年龄： \_\_\_\_\_ 职业： \_\_\_\_\_

街道地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮政编码： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_ 电子邮件： \_\_\_\_\_

### 伴侣信息

姓氏： \_\_\_\_\_ 名字： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ 年龄： \_\_\_\_\_ 职业： \_\_\_\_\_

街道地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮政编码： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_ 电子邮件： \_\_\_\_\_

### 推荐医疗服务提供者

医疗服务提供者姓名（主治妇产科医生）： \_\_\_\_\_

诊所名称： \_\_\_\_\_

街道地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_

### 保险信息

保险支付

自费



Conceive. Deliver. Thrive.

保险公司: \_\_\_\_\_

团险保单号码: \_\_\_\_\_ 受保成员编号: \_\_\_\_\_

受保成员姓名: \_\_\_\_\_

### 孕产信息

您当前是否怀孕? 是/否/不确定 请填写预产期: \_\_\_\_\_

您的伴侣是否为胎儿的生物学父亲? 是/否/不确定

此次受孕是否使用捐赠的精子 and/或 卵子? 是/否/不确定

这是您第一次怀孕吗? 是/否/不确定

如否, 请填写下表:

### 怀孕史

生产日期	足月/早产	妊娠周数	生物性别 (男/女)	妊娠结局 (健康/并发症等)

### 检测信息

您或您的生殖伴侣是否曾接受携带者筛查？是/否/不确定

您或您的生殖伴侣是否曾接受血液染色体检测？是/否/不确定

您或您的生殖伴侣是否曾接受其他类型的基因检测？是/否/不确定

如是，请详细说明： \_\_\_\_\_

如已怀孕，您在孕期是否曾接受任何检查？是/否/不确定

如是，请勾选所有适用项：

- 超声
- 针对唐氏综合征和/或神经管缺陷的血液/血清筛查，以及/或针对染色体异常的非创产前筛查
- 绒毛膜绒毛取样 (CVS)
- 羊膜穿刺术
- 其他： \_\_\_\_\_

### 药物/暴露史

如已怀孕，您是否曾使用或暴露于以下项：

- 香烟
- 酒精
- 消遣性毒品
- X 射线（牙科除外）
- 药物（产前维生素和非处方止痛药除外）
- 其他： \_\_\_\_\_

您目前是否定期服用药物？是/否/不确定

如是，请在下表中列出自受孕以来服用过的所有药物（产前维生素和 Tylenol 除外）。

药物	病症	剂量	服用日期



Conceive. Deliver. Thrive.


### 家族背景

您和伴侣的祖先来自哪个国家/地区，或者您和伴侣属于哪个种族/族群？

患者 \_\_\_\_\_ 伴侣 \_\_\_\_\_

您和您的伴侣是否存在血缘关系？是/否/不确定

您或您的伴侣是否被收养？是/否/不确定

您或您的伴侣是否存在以下任何一种个人或家族病史？请勾选所有适用项。

- 唐氏综合症或其他染色体问题
- 智力残疾、发育迟缓或自闭症
- 囊性纤维化
- 脊髓性肌萎缩、肌营养不良或其他神经肌肉疾病
- 镰状细胞病或性状
- 血友病或其他凝血疾病
- 骨骼疾病
- 癫痫病、癫痫发作
- 神经管缺损，如脊柱裂（开放性脊柱）
- 出生时心脏缺损
- 失明或失聪
- 两次或两次以上流产、死产或婴儿死亡
- 不孕症



Conceive. Deliver. Thrive.

- 上面未列出的出生缺陷（请具体说明） \_\_\_\_\_
- 上面未列出的遗传疾病（请具体说明） \_\_\_\_\_
- 上面未列出的严重疾病（请具体说明） \_\_\_\_\_

### 患者确认

我已阅读（或听取）“遗传咨询患者确认书”。就我所知，本表格所载信息准确无误。Natera 可以使用表中信息与我联系，以便完成以下事宜：临床随访、告知结果、开单/收款、宣传健康相关产品、服务或研究。选中此框，即可选择拒绝接收非临床联系。

选中此框，即表示我允许 Natera 与我的伴侣（在此处列出）联系并讨论我的健康信息。

患者签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_