

Xác Nhận Của Bệnh Nhân Về Tư Vấn Di Truyền

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn đã giới thiệu bạn đến Natera để được tư vấn di truyền. Tư vấn di truyền là quá trình giúp mọi người hiểu và thích ứng với các tác động về mặt y tế, tâm lý và gia đình của những ảnh hưởng di truyền đối với bệnh tật. Natera là công ty chẩn đoán cung cấp xét nghiệm kết hợp với các dịch vụ tư vấn di truyền. Cố vấn di truyền làm việc cho Natera sẽ tiến hành thực hiện buổi tư vấn di truyền.

Cuộc hẹn tư vấn di truyền sẽ diễn ra qua video. Tôi hiểu rằng chính sách của Natera là không cho phép ghi (âm thanh hoặc video) trong buổi tư vấn di truyền. Trong suốt buổi tư vấn, cố vấn di truyền sẽ hỏi bạn những câu hỏi về bệnh sử cá nhân và bệnh sử gia đình của bạn. Nếu bạn đang mang thai, cố vấn di truyền cũng sẽ hỏi về bệnh sử cá nhân và bệnh sử gia đình của bạn đời của bạn hoặc (các) cha mẹ ruột khác của thai nhi. Dựa trên thông tin này, cố vấn di truyền sẽ trao đổi về (các) rủi ro có thể xảy ra đối với các bệnh di truyền/tình trạng bệnh lý đã xác định có thể ảnh hưởng đến bạn và/hoặc con của bạn.

Bạn có trách nhiệm cung cấp thông tin chính xác và đầy đủ cho cố vấn di truyền. Những rủi ro mà cố vấn di truyền nêu ra sẽ phụ thuộc vào độ chính xác của thông tin bạn cung cấp. Trong một số trường hợp, cố vấn di truyền có thể yêu cầu bạn lấy kết quả xét nghiệm di truyền hoặc hồ sơ y tế từ một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc từ một thành viên trong gia đình. Bạn có trách nhiệm gửi bất kỳ hồ sơ nào được yêu cầu cho cố vấn di truyền.

Cố vấn di truyền sẽ giải thích về các xét nghiệm phù hợp với bạn. Nội dung giải thích này sẽ bao gồm các lợi ích, hạn chế và rủi ro liên quan đến các xét nghiệm. Việc xét nghiệm là không bắt buộc. Bạn được quyền lựa chọn có tham gia bất kỳ xét nghiệm nào đã thảo luận hay không.

Nếu bạn quyết định thực hiện bất kỳ xét nghiệm nào được thảo luận trong buổi tư vấn di truyền, bạn có trách nhiệm theo dõi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình, là đơn vị sẽ sắp xếp việc thực hiện (các) xét nghiệm. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn có trách nhiệm chọn phòng thí nghiệm sẽ tiến hành (các) xét nghiệm. Hầu hết kết quả xét nghiệm sẽ được trả trong vòng 2-3 tuần. Nếu không nhận được kết quả sau 3 tuần, bạn nên liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Thông Báo Thông Lệ Về Quyền Riêng Tư (NPP) của Natera mô tả cách Natera có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của bạn, đồng thời cho biết Natera bảo lưu quyền thay đổi các thông lệ đó. Bạn cũng có thể truy cập NPP trực tuyến tại www.natera.com/natera-notice-of-privacy-practices.

Phí cho buổi tư vấn di truyền tách biệt với phí từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn. Natera sẽ gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của bạn nếu bạn đã cung cấp thông tin bảo hiểm. Bạn sẽ chịu trách nhiệm thanh toán mọi số dư còn lại cũng như mọi khoản khấu trừ, đồng thanh toán và/hoặc đồng bảo hiểm.

Bảng Câu Hỏi Tư Vấn Di Truyền Sinh Sản

Thông Tin Bệnh Nhân

Họ: _____ Tên: _____
Ngày Sinh: _____ Tuổi: _____ Nghề Nghiệp: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____
Số Điện Thoại: _____ Email: _____

Thông Tin Về Bạn Đòi

Họ: _____ Tên: _____
Ngày Sinh: _____ Tuổi: _____ Nghề Nghiệp: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____
Số Điện Thoại: _____ Email: _____

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Đã Giới Thiệu Chúng Tôi Với Bạn

Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Bác Sĩ Sản Phụ Khoa Chính): _____
Tên Phòng Khám: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Điện Thoại: _____

Thông Tin Bảo Hiểm

- ☐ Chi trả qua bảo hiểm
☐ Tự Thanh Toán

Công Ty Bảo Hiểm: _____
Số Nhóm: _____ ID Thành Viên: _____
Tên Thành Viên: _____

Thông Tin Thai Kỳ

Hiện tại bạn có đang mang thai không? Có/Không/Không Chắc

Bạn dự sinh vào ngày nào? _____

Bạn đời của bạn có phải là cha/mẹ ruột của thai nhi này không? Có/Không/Không Chắc

Bạn có nhờ đến người hiến tinh trùng và/hoặc trứng để có được thai nhi này không?
Có/Không/Không Chắc

Đây có phải là lần đầu bạn mang thai? Có/Không/Không Chắc

Nếu không, vui lòng điền vào bảng dưới đây:

Tiền Sử Thai Sản

Ngày Sinh Nở	Đủ Tháng hoặc Thiếu Tháng	Tuần Thai	Giới tính sinh học (Nam/Nữ)	Kết Quả (Khỏe mạnh, biến chứng, v.v.)

Thông Tin Xét Nghiệm

Bạn hoặc đối tác thụ thai của bạn đã làm xét nghiệm thể mang chưa? Rồi/Chưa/Không Chắc

Bạn hoặc đối tác thụ thai của bạn đã làm xét nghiệm nhiễm sắc thể trong máu chưa?
Rồi/Chưa/Không Chắc

Bạn hoặc đối tác thụ thai của bạn đã làm bất kỳ loại xét nghiệm di truyền nào khác chưa?
Rồi/Chưa/Không Chắc

Nếu có, vui lòng nêu rõ: _____



Conceive. Deliver. Thrive.

Nếu mang thai, bạn đã thực hiện bất kỳ xét nghiệm nào trong suốt thai kỳ chưa?
Có/Không/Không Chắc

Nếu có, vui lòng đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp:

- ☐ Siêu âm
- ☐ Sàng lọc máu/huyết thanh để xác định hội chứng Down và/hoặc dị tật ống thần kinh và/hoặc sàng lọc trước sinh không xâm lấn để xác định các bất thường nhiễm sắc thể
- ☐ Sinh thiết gai nhau (CVS)
- ☐ Chọc ối
- ☐ Khác: _____

Thuốc/Tiếp Xúc

Nếu mang thai, bạn đã sử dụng hoặc tiếp xúc với bất kỳ chất nào sau đây chưa:

- ☐ Thuốc lá
- ☐ Rượu
- ☐ Chất kích thích
- ☐ Tia X (không phải trong nha khoa)
- ☐ Các loại thuốc ngoài vitamin trước khi sinh và thuốc giảm đau không kê đơn
- ☐ Khác: _____

Bạn có dùng bất kỳ loại thuốc nào một cách thường xuyên không? Có/Không/Không Chắc

Nếu có, vui lòng liệt kê mọi loại thuốc bạn đã dùng kể từ khi thụ thai (ngoài vitamin trước khi sinh và Tylenol) trong bảng dưới đây.

Thuốc	Tình Trạng Bệnh Lý	Liều	Ngày Dùng Thuốc

Lý Lịch Gia Đình

Tổ tiên của bạn và bạn đời của bạn đến từ những quốc gia nào hoặc bạn và bạn đời của bạn thuộc nhóm chủng tộc/dân tộc nào?

Bệnh Nhân _____ Bạn Đời _____

Bạn và bạn đời của bạn có quan hệ huyết thống không? Có/Không/Không Chắc

Bạn hoặc bạn đời của bạn có được nhận làm con nuôi không? Có/Không/Không Chắc

Bạn hoặc bạn đời của bạn có tiền sử cá nhân hoặc gia đình mắc phải bất kỳ bệnh lý nào sau đây không? Vui lòng đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp.

- ☐ Hội chứng Down hoặc các vấn đề khác về nhiễm sắc thể
- ☐ Khuyết tật trí tuệ, chậm phát triển hoặc tự kỷ
- ☐ Xơ nang
- ☐ Teo cơ tủy, loạn dưỡng cơ hoặc bệnh thần kinh cơ khác
- ☐ Bệnh hoặc tình trạng hồng cầu hình liềm
- ☐ Bệnh máu khó đông hoặc rối loạn đông máu khác
- ☐ Rối loạn xương
- ☐ Động kinh, co giật
- ☐ Dị tật ống thần kinh như tật nứt đốt sống (hở cột sống)
- ☐ Khuyết tật tim khi sinh
- ☐ Mù hoặc điếc
- ☐ Sảy thai từ hai lần trở lên, thai chết lưu hoặc tử vong ở trẻ sơ sinh
- ☐ Vô sinh
- ☐ Dị tật bẩm sinh không được liệt kê ở trên (vui lòng nêu rõ) _____
- ☐ Bệnh di truyền không được liệt kê ở trên (vui lòng nêu rõ) _____
- ☐ Tình trạng bệnh lý nghiêm trọng không được liệt kê ở trên (vui lòng nêu rõ) _____

Xác Nhận Của Bệnh Nhân

Tôi đã đọc (hoặc nhờ người khác đọc cho tôi nghe) bản Xác Nhận Của Bệnh Nhân Về Tư Vấn Di Truyền này. Thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này là đúng và chính xác theo hiểu biết của tôi. Natera có thể sử dụng thông tin có trong tài liệu này để liên hệ với tôi về việc theo dõi lâm sàng, kết quả, vấn đề thanh toán/thu tiền cũng như các sản phẩm, dịch vụ hoặc nghiên cứu liên quan đến sức khỏe. Tôi có thể chọn không tham gia tiếp xúc phi lâm sàng bằng cách đánh dấu vào ô này. ☐

Bằng cách đánh dấu vào ô này, tôi cho phép Natera trao đổi về thông tin sức khỏe của tôi với bạn đời của tôi (được liệt kê ở đây). ☐

Chữ ký của bệnh nhân: _____

Ngày: _____