



<p>OSPEDALE M. G. VANNINI</p> <p>ROMA</p>  <p>Ginecologia ed Ostetricia</p>	<p><b>INFORMAZIONI ESSENZIALI E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLO SCREENING DEL I TRIMESTRE (Traslucenza nucale e BI – Test)</b></p>	 <p>Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2008 (NR 501007901/3 – REV. 03)</p>
--	--	---

Lo screening del I trimestre è un test ecografico - biochimico per l'individuazione delle gestanti a rischio di anomalie cromosomiche fetali.

Il test si basa sulla valutazione computerizzata di parametri biochimici, biometrici e morfologici già ampiamente validati dalla letteratura corrente più accreditata e considerati i più fedeli markers di aneuploidie fetali.

L'ecografia eseguita tra 11 e 14 settimane di gestazione permette di accertare la vitalità del feto, l'accurata datazione della gravidanza, la diagnosi precoce dei difetti fetali maggiori e il riconoscimento delle gravidanze multiple.

Attraverso la misurazione della translucenza nucale del feto associata ad un prelievo di sangue materno è possibile valutare il rischio di anomalie cromosomiche fetali in relazione all'età materna.

La translucenza nucale è l'immagine ecografica della raccolta retronucleare di fluido che si verifica normalmente nei primi mesi di gravidanza. Nella trisomia 21 (Sindrome di Down) ed in altre anomalie cromosomiche, lo spessore di questa raccolta è aumentato e permette di identificare circa il 75% delle gravidanze con anomalie del cariotipo. Associando alla translucenza nucale il dosaggio nel sangue materno di due proteine della gravidanza, la FREE BHCG e le PAPP-A, la sensibilità dello screening per i difetti cromosomici sale all'85-90%.

**Si precisa comunque che lo screening del I trimestre NON PUÒ MAI SOSTITUIRE indagini invasive come l'amniocentesi o la villocentesi, ma soltanto fornire un indice di rischio personalizzato che indurrà la gestante a proseguire o meno con accertamenti diagnostici.**

N.B. Normalmente e' consigliabile il ricorso alla diagnosi prenatale invasiva quando il valore finale del rischio è superiore o uguale a 1 / 300 (esempio 1 / 200). Si sottolinea che questo risultato rappresenta una valutazione del rischio di anomalie cromosomiche ottenuta in base all'elaborazione statistica dei dati clinici e biochimici della paziente, e quindi, non elimina completamente la possibilità che il feto possa avere anomalie cromosomiche o altre malattie non evidenziabili con questa metodica. Inoltre l'accuratezza del test si basa sulla validità dei dati biometrici acquisiti. Deve intendersi pertanto ribadito che tali risultati non presentano nessun valore diagnostico definitivo ai fini della presenza o assenza di una anomalia cromosomica fetale.

Dichiaro di aver letto e ben compreso il contenuto dell'informativa sopra riportata, di avere ben compreso le potenzialità e i limiti del Test in oggetto e di avere chiesto e ottenuto ulteriori informazioni da me ritenute necessarie.

Acconsento a sottopormi al test

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma della Paziente: \_\_\_\_\_

Firma del Medico che ha raccolto il consenso: \_\_\_\_\_