

فرم رضایت نامه پذیرش نمونه های مایع آمنیوتیک

اینجانب خانم / آقای در تاریخ با آگاهی از موارد زیر، رضایت خود را برای انجام این تست اعلام می دارم.

- ☐ صحت نمونه برداری و مسئولیت صحت شرایط حمل نمونه به آزمایشگاه تهران لب، برعهده اینجانب می باشد.
- ☐ اجازه سقط قانونی تا هفته 19 بارداری و بداشتن 2 جواب تکمیلی میسر می باشد.
- ☐ جواب دهی تست ها بر مبنای تاریخ درج شده بروی برگه پذیرش می باشد.
- ☐ دریافت جواب پس از هفته 19 بارداری، برعهده اینجانب می باشد و آزمایشگاه تهران لب مسئولیتی برعهده نخواهد داشت.
- ☐ در هنگام آلوده بودن نمونه به خون مادر و سایر آلودگی های بیولوژیک، احتمال تاخیر در جواب دهی، اختلال در تشخیص و عدم جوابدهی وجود خواهد داشت.
- ☐ احتمال دارد علی رغم رعایت همه شرایط آزمایشگاهی انجام جواب مشخصی حاصل نشود و جهت تایید یا تکرار آزمایش نمونه گیری مجدد صورت گیرد.
- ☐ احتمال بروز خطا در آزمایشات 0.5 می باشد و شرایط تصادفی و نادر محتمل می باشد.
- ☐ تفسیر نتایج بعهدہ پزشک مربوطه می باشد.
- ☐ درمانی مراحل آزمایش امکان کنسل کردن و دریافت هزینه مقدور نمی باشد.
- ☐ تست درخواست شده از قدرت تشخیص و محدودیت های مشخصی برخوردار می باشد.

امضاء مراجعه کننده
و اثرانگشت