



**MANIFESTAZIONE DI VOLONTA' DELLA DONNA  
SULLO SCREENING DELLA SINDROME DI DOWN**

**NOME** ..... **COGNOME** ..... **data di nascita** ...../...../.....

Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo.

Sono stata informata riguardo la possibilità ed i limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down (conosciuta anche come trisomia 21).

Ho compreso che per la trisomia 21 non esiste attualmente una terapia.

Sono stata inoltre informata che, qualora tale anomalia venisse riscontrata, mediante accertamento diagnostico, prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione della gravidanza verrà valutata dal medico del Servizio al quale mi rivolgerò che verificherà se esistono le condizioni per accettarla, nel rispetto delle norme previste dalla legge 194/1978.

Ho compreso che la diagnosi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante l'impiego di tecniche invasive quali il prelievo di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali) o il prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) a seguito delle quali può verificarsi un aborto nello 0,5-1% dei casi.

Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto dalla sindrome di Down, in modo più preciso rispetto al semplice dato dell'età materna.

In particolare mi sono state date informazioni relative ai seguenti test:

- Test combinato (translucenza nucale + PAPP-A + free  $\beta$ -hCG)
- Test integrato (translucenza nucale + PAPP-A + tri test)
- Test integrato biochimico
- Tri test / Quad-test
- Test del DNA fetale circolante nel sangue materno (cell free DNA)

Ho compreso che se il test di screening risulterà "*positivo*" (cioè presenterà un rischio elevato di sindrome di Down) si potrà procedere alla diagnosi mediante una biopsia dei villi coriali o una amniocentesi, mentre se il test risulterà "*negativo*" (basso rischio) non verranno proposte ulteriori indagini, anche se ciò non significa che "*certamente*" il feto non sarà malato.

Ho compreso che, anche in caso di esito negativo del test di screening, esiste un rischio RESIDUO che il feto sia affetto dalla sindrome di Down e che solo l'esecuzione di accertamenti invasivi quali villocentesi o amniocentesi consente di escludere con certezza in epoca prenatale una anomalia cromosomica del feto.

Ho compreso come il test non sia in grado di identificare altre malattie dei cromosomi e dei geni di cui il feto può essere affetto.

Ho discusso con il Medico (Ostetrica).....in merito alla capacità dei test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti, la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Generalità del Sanitario ..... Firma del Sanitario .....

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di avere avuto la possibilità di rivolgere le domande ritenute opportune al Sanitario, di averne ricevuto risposte esaurienti e dichiaro di averle comprese.

Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di:

**Richiedere il test di screening** (Firma della persona assistita).....

Tipo di test .....

**Non richiedere il test di screening** (Firma della persona assistita) .....

Luogo \_\_\_\_\_ data...../...../.....