



Aufklärung

Combined Test - Ersttrimesterscreening

Die meisten Kinder werden gesund geboren und die meisten Schwangerschaften verlaufen normal. In seltenen Fällen treten Probleme auf, die das Kind, die Mutter oder beide betreffen können. Ein Kind kann mit einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung geboren werden. Dies kann durch eine Chromosomenstörung wie das Down Syndrom bedingt sein.

Der Combined Test stellt eine sehr gute und sichere Methode zur Früheinschätzung eines Down-Syndrom Risikos dar. Eine noch etwas höhere Entdeckungsrate für das Down Syndrom hat der neue nicht-invasive Trisomietest (zellfreier DNA Test aus dem mütterlichen Blut). Der Combined Test hat jedoch gegenüber dem neuen Trisomietest, der nur eine Risikoabschätzung für Chromosomenstörungen erlaubt, den großen Vorteil, dass man damit auch einen Teil der schweren Organfehlbildungen frühzeitig erkennen kann.

Der Combined Test wird zwischen der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Das Risiko, ein Baby mit Down Syndrom zu haben, hängt von folgenden Faktoren ab:

- Mütterliches Alter
- Flüssigkeitsansammlung im Halsbereich des Feten (Nackentransparenz)
- Vorhandensein oder Abwesenheit von ausgeprägten Fehlbildungen
- Konzentration von zwei Plazentahormonen (β -HCG, PAPP-A) im mütterlichen Blut.

Durch Kombination dieser verschiedenen Faktoren ergibt sich dann eine individuelle Risikoabschätzung. In den meisten Fällen ergibt der Combined Test ein unauffälliges Ergebnis. Damit sind die zukünftigen Eltern dahingehend beruhigt, dass die Wahrscheinlichkeit für das Down Syndrom sehr gering ist. Bei einem auffälligen Testergebnis, d.h. bei einem erhöhten Risiko für Down Syndrom (Risiko mehr als 1:300) wird eine weitere Abklärung empfohlen. Die Abklärung kann durch eine Punktion (Fruchtwasserpunktion oder Plazentapunktion) erfolgen, seit einiger Zeit steht auch nun der neue Trisomie Test aus dem mütterlichen Blut zur Verfügung.

Altersspezifische Wahrscheinlichkeit für Down Syndrom (Auswahl):

Alter	Risiko in der 12. SSW	in %
30	1 von 596	0,17%
38	1 von 112	0,89%
42	1 von 36	2,78%
44	1 von 20	5%

Weitere Vorteile des Combined Tests:

- Bestimmung des Schwangerschaftsalters: Auf Grund der Größe des Feten (Scheitel-Steiß-Längen-Messung) kann in dieser Schwangerschaftszeit das genaue Schwangerschaftsalter bestimmt werden.
- Bestimmung von Mehrlingen: Bei Zwillingschwangerschaften (oder höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften) wird bestimmt, ob die Babys eine gemeinsame oder getrennte Plazenta haben und ob sie sich normal entwickeln.
- Ausschluss von Fehlbildungen: Ausgeprägte Fehlbildungen können in dieser Schwangerschaftswoche zum Teil erkannt werden. Um die kindlichen Organe jedoch wirklich gut beurteilen zu können, ist ein Organscreening in der 20. bis 24. Schwangerschaftswoche notwendig.

Wir und unser Partnerlabor benötigen für die Risikoberechnung **noch ein paar Informationen** von Ihnen:

Vorname	Zuname	Diabetes mellitus <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Geb. Dat.	Gewicht	Größe
		Rauchen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja ____Zig./Tag
Wieviele Schwangerschaft?	Wieviele Geburten?	Zwillingschwangerschaft? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Vorangegangene Schwangerschaft mit Trisomie? <input type="radio"/> Trisomie 21 <input type="radio"/> Trisomie 18 <input type="radio"/> Trisomie 13		Im Falle einer IVF (künstliche Befruchtung), Datum der Follikelpunktion:
Ethnische Herkunft: <input type="radio"/> weiß <input type="radio"/> ostasiatisch <input type="radio"/> schwarz <input type="radio"/> südasiatisch <input type="radio"/> südostasiatisch <input type="radio"/> gemischt <input type="radio"/> andere <input type="radio"/> unbekannt		

Ich wurde über den **Combined Test** ausführlich informiert und möchte den Test gerne durchführen lassen. Ich bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte beachten Sie den Aushang bez. Datenverwendung in der Ordination beim Anmeldepult: INFORMATIONEN GEMÄSS ART. 13 DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DSGVO)!

Weiters nehmen Sie mit ihrer Unterschrift die Information über die Datenverwendung zur Kenntnis und bestätigen alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu getätigt zu haben (Seite 1 und 2). Weiters akzeptieren Sie mit ihrer Unterschrift, dass die Verantwortlichkeit über Befunde von fremden Einrichtungen bei eben diesen Einrichtungen selbst liegt und diese bei Besprechungen nicht überprüft, sondern nur interpretiert werden können. **Falls Sie hierzu noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das Personal.**

Wilhelmsburg, am _____ Unterschrift _____

Für Patientinnen von externem Zuweiser:

Adresse:			
	<small>Straße</small>	<small>PLZ</small>	<small>Ort</small>

Versicherung, Versicherter:

Versicherung:	Bundesland:	Vers. Nr.:
Zusatzversicherung:		Mitgliedsnr.:
Telefonnummer	E-Mail Adresse	
Zuweiser Dr.		