



جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة
النسائية والتوليد الأردنية

جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة النسائية والتوليد الأردنية The Jordanian Society of Obstetricians and Gynecologists

بزل السائل الأمنيوسي (سحب السائل الامنيوسي)

Amniocentesis

الهدف: أخذ / سحب عينة من السائل الأمنيوسي حول الجنين لتشخيص وجود خلل كروموسومي أو جيني عند الجنين وذلك عن طريق إدخال إبرة خاصة لداخل الرحم وسحب جزء من السائل الأمنيوسي حول الجنين وذلك بالتزامن مع استخدام جهاز السونار لتحديد وضعية الجنين والسائل حوله وذلك بعد تنظيف وتعقيم الجلد. قد يرافق هذا الإجراء شعور المريضة بعدم الراحة أو الألم. يتم هذا الإجراء بعد الأسبوع 15 من الحمل.

النتيجة: سحب عينة من السائل الأمنيوسي وإرسالها لمختبر متخصص لدراسة الكروموسومات والجينات الوراثية المطلوبة.

المضاعفات المحتملة:

- ألم وعدم إرتياح أثناء أسحب السائل أو إدخال الإبرة.
- إصابة أجزاء من الجنين ونادراً ما تسبب الضرر.
- احتمالية حدوث اجهاض للجنين (أقل من 1%).
- احتمالية حدوث التهاب مكان ادخال الإبرة أو حول الجنين وداخل الرحم.
- احتمالية حدوث ولادة مبكرة أو نزول ماء الجنين قبل موعدها (1%).
- احتمال حدوث حرارة.
- احتمال حدوث وجع بالبطن.
- احتمال حدوث تشنج وآلام في الرحم.
- قد نضطر إلى اعطاء المضادات الحيوية المناسبة ومثبتات الحمل.
- قد تعطي العينة نتائج غير كافية للتشخيص نتيجة عدم نمو الخلايا في المختبر أو قد تعطي نتائج غامضة مما قد يضطر لإعادة إجراء عملية سحب السائل الأمنيوسي أو أخذ عينة من دم الجنين للوصول للتشخيص.
- إذا كان دم الأم سالباً والأب ايجابي، فنحتاج إلى اعطاء إبرة اختلاف الدم خلال 72 ساعة.
- قد تعطي العينة نتائج غير كافية للتشخيص مما قد يحتاج إعادة سحب السائل مرة أخرى.
- يتم ارسال العينة إلى المختبر من قبل العائلة.
- تحتاج الأم إلى راحة بعد سحب العينة والإمتناع عن الجماع لمدة أسبوع تقريباً.

لقد قمت أنا الطبيب/الطبيبة بشرح كافة المعلومات المذكورة أعلاه بشكل كامل ومستوفي للمريضة وبما رأيت أنه الأنسب لقدرتها على فهم المعلومات بشكل كامل.

اسم الطبيب التوقيع التاريخ

اسم الشاهد التوقيع التاريخ

أنا المريضة قد تم شرح لي كل ما يتعلق بالعملية وقد تم إجابة جميع اسئلتني وأعرف انه يوجد مضاعفات لكل عملية ولا توجد ضمانة تامة لأي إجراء و إنني استطيع الامتناع عن عملية في أي وقت لحين البدء بها.

اسم المريضة التوقيع التاريخ

اسم الشاهد التوقيع التاريخ