**PGT-A・SR　症例チェックリスト**

医療機関用

検査施行時に本チェックリストに記載し、原本をカルテに保管してください。

**患者からの問い合わせによっては学会から提出を求めることがあります。**

氏名

患者ID番号

* 本例は、細則の【1】検査の対象に合致している。
* 本会が作成した動画説明資料を、本法を検討している夫婦に提供し，夫婦がその内容について理解したことを確認した。
* 本法を希望する夫婦に対して，本法の実施に関して文書による説明を行い実施の同意を得た。
* 性染色体の解析結果は，原則として患者には開示しない．性染色体に何らかの異常を認める場合には細則（【5】検査の実施方法と結果の説明　7））に従って取り扱う。これを理解し、実行している。
* 遺伝カウンセリングについて
* PGT-Aについて　検査の実施前および検査結果が判明した胚の移植前のそれぞれの時点で臨床遺伝について専門的な知識を有する医師が遺伝カウンセリングを行い，本法を検討している夫婦の意思決定を支援した。
* PGT-SRについてPT-SRでは本法の実施前および胚の染色体解析結果が判明した後のそれぞれで臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングの実施を必須とし、これを行った。
* 本事例を本会に登録する必要があることを理解し、登録を行う予定である。
* データベース構築について

①学会への申請を行う際に提出する匿名化した医学的情報（被検査者のカルテから抽出したもの）を、将来の医学の発展のためのデータベース構築に用いること

②そのデータベースを2次利用して研究を行う際にはオプトアウト（データベースからの除外）の機会を被検査者に与えること（ホームページ等に研究計画を掲載してオプトアウト連絡先を周知すること）

上記①、②について申請症例の夫婦に説明を行い、

* + 同意を得た。
  + 同意が得られなかった。

記載者（担当医師）氏名

記載年月日 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日