

## YENİDOĞAN TARAMASI RIZA BEYANI

Bebeğiniz için doğumsal metabolik hastalıklar / hormonal bozukluklar / bağışıklık sistemi bozuklukları ve mikovistsidoz için yenidoğan taraması yapılmasını istiyorsanız lütfen bu sayfayı imzalayın.

Bebeğin Soyadı, Adı: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi: \_\_\_\_\_  
(veya yapışkanlı etiket)

- Yenidoğan taraması ile ilgili verilen bilgi broşürlerini aldım ve yeterince bilgilendirildim.
- Doğumsal metabolik hastalıklar / hormonal bozukluklar / bağışıklık sistemi bozuklukları ve mikovistsidoz için yenidoğan taramasının bebeğime yapılmasına ve konu ile ilgili bilgilerin aktarılmasına onay veriyorum.
- Yenidoğan taramasında değerlendirme gerektiren bir bulgu olduğunda, sizinle ilgilenen bakım merkezinden Heidelberg Tarama Merkezine, bulguların değerlendirilmesine kadar veri aktarımını kabul ediyorum (veri aktarım takibi).
- İkinci bir testin en geç \_\_\_\_\_ (Tarih) kadar gerekliliği hakkında bilgilendirildim. (Bu sadece az sayıda bebek için gerekli olmaktadır.)
- Bebeğim için yapılacak yenidoğan taramasını onaylamıyorum. Bebeğim için ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlar hakkında uyarıldım (ölüm veya sakatlığa yol açabilecek ortaya çıkarılmamış hastalık).

\_\_\_\_\_  
*Tarih, Ad Soyadı kitap harfleri ile, en az bir kanuni velinin imzası*

\_\_\_\_\_  
*Tarih, Ad Soyadı kitap harfleri ile, bilgilendirmeyi yapan doktorun imzası, Genetik Tanı Kanunu Madde 8 Paragraf 1 uyarınca*

Bebeğiniz için sadece bazı testlerin uygulanmasını istiyorsanız, arka sayfadaki açıklamayı doldurun ve orayı imzalayın.

Bu onay beyanı kan örneğini gönderen kuruluştadır.  
Yenidoğan taraması için onay veya tarama programının bazı alt bölümlerinin reddi durumları, yenidoğan taraması için kullanılan filtre kâğıdı kartında öngörülen alanlarda belirtilmelidir.

Mevcut tüm testlere onay veriyorsanız, lütfen arka sayfadaki rıza formunu imzalayın.

Tarama programına bütün olarak onay vermek istemiyorsanız, lütfen bu sayfayı doldurun.

Bebeğin Soyadı, Adı: \_\_\_\_\_

Doğum tarihi: \_\_\_\_\_  
(veya yapışkanlı etiket)

Doğumsal metabolik hastalıklar / hormonal bozukluklar / bağışıklık sistemi bozuklukları için yenidoğan taraması ve mikovistsidoz için yenidoğan taraması hakkında bilgilendirildim. Yenidoğan taraması kapsamındaki bazı testlerin reddi durumunda çocuğum için doğabilecek olumsuz sonuçlar hakkında uyarıldım.

### Özelleştirilmiş Rıza Beyanı

(Lütfen onayladığınız her madde yanına imzalayınız.)

Aşağıdaki testlerin yapılmasını ve bununla ilgili verilen aktarılmasını kabul ediyorum:

- Doğumsal metabolik hastalıklar, hormonal bozukluklar ve bağışıklık sistemi bozuklukları için yapılacak yenidoğan taraması (Sayfa 2–3)

\_\_\_\_\_  
Tarih, Ad Soyad kitap harfleri ile, en az bir kanuni velinin imzası

- Mikovistsidoz için yenidoğan taraması (Sayfa 5–6)

\_\_\_\_\_  
Tarih, Ad Soyadı kitap harfleri ile, en az bir kanuni velinin imzası

- Yenidoğan taramasında değerlendirme gerektiren bir bulgu olduğunda, sizinle ilgilenen bakım merkezinden Heidelberg Tarama Merkezine, bulguların değerlendirilmesine kadar veri aktarımını kabul ediyorum (veri aktarım takibi).

\_\_\_\_\_  
Tarih, Ad Soyadı kitap harfleri ile, en az bir kanuni velinin imzası

\_\_\_\_\_  
Tarih, Ad Soyadı kitap harfleri ile, bilgilendirmeyi yapan doktorun imzası, Genetik Tanı Kanunu Madde 8 Paragraf 1 uyarınca

Bu onay beyanı kan örneğini gönderen kuruluştadır.

Yenidoğan taraması için onay veya tarama programının bazı alt bölümlerinin reddi durumları, yenidoğan taraması için kullanılan filtre kâğıdı kartında öngörülen alanlarda belirtilmelidir.