

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

Если вы согласны с проведением неонатального скрининга на врожденные метаболические, гормональные нарушения, заболевания иммунной системы и муковисцидоз, просим поставить подпись на данной странице.

Имя/фамилия ребенка: _____

Дата рождения: _____
(или наклейка)

- Мне была предоставлена достаточная информация о скрининге новорожденных.
- Я соглашаюсь на проведение у моего ребенка неонатального скрининга на врожденные метаболические, гормональные нарушения, заболевания иммунной системы и муковисцидоз, а также на передачу необходимых для этого данных.
- В случае необходимости уточнения результатов неонатального скрининга я соглашаюсь на передачу данных через центр последующего наблюдения в скрининговый центр в Гейдельберге (трекинг передачи данных).
- Мне известно о возможной необходимости второго скрининга _____ (дата).
(Проведение второго обследования требуется в редких случаях).
- Я отказываюсь от проведения неонатального скрининга у моего ребенка. Мне известно о возможных негативных последствиях (не диагностированные заболевания, ведущие к инвалидности и смерти).

Дата, имя печатными буквами, подпись хотя бы одного лица, обладающего родительскими правами

Дата, имя печатными буквами, подпись врача, проводившего консультацию, согл. § 8 ст. 1 GenDG (Закон о диагностике генетических заболеваний)

Если вы согласны с проведением отдельных анализов вашего ребенка, просим заполнить заявление о согласии на обратной стороне.

Данное заявление о согласии остается у отправителя анализов.

О согласии на проведение неонатального скрининга или отказе от отдельных пунктов программы скрининга должна быть сделана отметка в соответствующих полях карточки с фильтровальной бумагой.



Если вы согласны с проведением **всех** указанных исследований, просим подписать заявление о согласии на обратной стороне.

Только если вы согласны на отдельные пункты программы скрининга, заполните форму на данной странице.

Имя/фамилия ребенка: _____

Дата рождения: _____
(или наклейка)

Мне была предоставлена информация о скрининге новорожденных на врожденные метаболические, гормональные нарушения и заболевания иммунной системы, а также о скрининге новорожденных на муковисцидоз. Мне известно о возможных негативных последствиях для моего ребенка в случае отказа от некоторых исследований.

Дифференцированное заявление о согласии

(Подпишитесь под каждым пунктом, с которым вы согласны)

Я соглашаюсь с проведением следующих исследований и передачей необходимых для этого данных:

- Неонатальный скрининг на врожденные метаболические, гормональные нарушения и заболевания иммунной системы (стр. 2–3)

Дата, имя печатными буквами, подпись хотя бы одного лица, обладающего родительскими правами

- Скрининг новорожденных на муковисцидоз (стр. 5–6)

Дата, имя печатными буквами, подпись хотя бы одного лица, обладающего родительскими правами

- В случае необходимости уточнения результатов неонатального скрининга я соглашаюсь на передачу данных через центр последующего наблюдения в скрининговый центр в Гейдельберге (трекинг передачи данных).

Дата, имя печатными буквами, подпись хотя бы одного лица, обладающего родительскими правами

*Дата, имя печатными буквами, подпись врача, проводившего консультацию, согл. § 8 ст. 1 GenDG
(Закон о диагностике генетических заболеваний)*

Данное заявление о согласии остается у отправителя анализов.

О согласии на проведение неонатального скрининга или отказе от отдельных пунктов программы скрининга необходимо сделать отметку в соответствующих полях карточки с фильтровальной бумагой.