

## إعلان الموافقة على فحص المواليد الجدد

إذا كنت ترغب في مشاركة طفلك في فحص المواليد الجدد من الأمراض الاستقلابية الخلقية / الاختلالات الهرمونية / اضطرابات الجهاز المناعي/التليّف الكيسي، فيرجى التوقيع في هذه الصفحة.

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
(أو البطاقة اللاصقة)

- لقد استلمت المادة التعليمية الخاصة بفحص المواليد الجدد، كما حصلت على القدر الكافي من التعريف حول الفحص وهدفه.
- أوافق على مشاركة طفلي في فحص المواليد الجدد من الأمراض الاستقلابية الخلقية / الاختلالات الهرمونية / اضطرابات الجهاز المناعي / التليّف الكيسي، وأوافق أيضًا على نقل المعلومات المقدّمة لهذا الغرض.
- في حال كانت نتيجة الفحص غير كافية ودعت الحاجة إلى إجراء فحوص لاحقة، فإنني أوافق على أن ينقل مركز الرعاية المستمرة البيانات إلى مركز فحص المواليد الجدد في هايدلبرغ إلى حين مراجعة النتائج (تتبع نقل البيانات).
- لقد جرى تعريفي بضرورة إجراء فحصٍ ثانٍ، وذلك قبل (التاريخ). (الفحص الثاني ضروري فقط لعدد قليل جدًا من الأطفال).
- أنا غير موافق على مشاركة طفلي في فحص المواليد الجدد. لقد جرى تحذيري من الآثار السلبية التي قد تلحق بطفلي (حيث يؤدي المرض غير المكتشف إلى حدوث الإعاقة أو الموت).

التاريخ، والاسم (بخط مائل)، وتوقيع وصي قانوني واحد على الأقل

التاريخ، والاسم (بخط مائل)، وتوقيع الطبيب المسؤول، حسب الفقرة 1 من المادة 8 من قانون التشخيصات الوراثية الألماني

إذا كنت ترغب في إجراء فحوص محددة فقط على طفلك، فيرجى إكمال الإعلان وتوقيعه في الخلف.

تبقى هذه الموافقة مع مُرسل العينة.  
ينبغي تدوين الموافقة على برنامج فحص المواليد الجدد أو الرفض لأجزاء معينة منه على بطاقة ورقة الترشيح من أجل إجراء الفحص للخانّات المحددة.



إذا كنتَ موافقًا على إجراء جميع الفحوص المقلّمة فيرجى التوقيع على إعلان الموافقة الموجود في الخلف.

لا تملأ هذه الصفحة إلا إذا كنتَ لا توافق موافقًا كاملةً على برنامج الفحص الطبي.

اسم الطفل: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
(أو البطاقة اللاصقة)

لقد جرى تعريفني بفحص المواليد الجدد من الاضطرابات الاستقلابية / الاختلالات الهرمونية / اضطرابات الجهاز المناعي، وكذلك فحص المواليد الجدد من التلّج المخاطي. كما جرى تحذيري من الآثار السلبية التي قد تلحق بطفلي إذا رفضتُ بعض أجزاء هذا الفحص.

إعلان الموافقة الجزئية  
(يرجى التوقيع على كل نقطة توافق عليها).

أوافق على إجراء الفحوص التالية وعلى نقل البيانات اللازمة لهذا الغرض:

فحص المواليد الجدد من الأمراض الاستقلابية الخلقية والاختلالات الهرمونية واضطرابات الجهاز المناعي (الصفحات 2-3)

التاريخ، والاسم (بخط مائل)، وتوقيع وصي قانوني واحد على الأقل

فحص المواليد الجدد من التلّج المخاطي (الصفحات 5-6)

التاريخ، والاسم (بخط مائل)، وتوقيع وصي قانوني واحد على الأقل

إذا دعت الحاجة إلى مراجعة عملية الفحص فإنني أوافق على أن ينقل مركز الرعاية المستمرة البيانات إلى مركز فحص هايدلبرغ إلى حين مراجعة النتائج (تتبع نقل البيانات).

التاريخ، والاسم (بخط مائل)، وتوقيع وصي قانوني واحد على الأقل

التاريخ، والاسم (بخط مائل)، وتوقيع الطبيب المسؤول، حسب الفقرة 1 من المادة 8 من قانون التشخيصات الوراثية الألماني

تبقى هذه الموافقة مع مُرسَل العينة.  
يجب تدوين الموافقة على برنامج فحص المواليد الجدد أو الرفض لأجزاء معينة منه على بطاقة الترشيح من أجل إجراء الفحص للخانات المحددة.