

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE NÉONATAL

Si vous êtes d'accord pour le dépistage néonatal des maladies métaboliques congénitales, des troubles hormonaux, des troubles du système immunitaire et de la mucoviscidose pour votre bébé, veuillez signer sur cette page.

Nom de l'enfant: _____

Date de naissance: _____
(ou étiquette)

- J'ai reçu le matériel d'information sur le dépistage néonatal et je suis suffisamment informé.
- Je suis d'accord avec le dépistage néonatal des maladies métaboliques congénitales, des troubles hormonaux, des troubles du système immunitaire et de la mucoviscidose sur mon enfant et la transmission des informations nécessaires à cet égard.
- Dans le cas où un résultat de dépistage néonatal nécessite une confirmation, je suis d'accord avec le transfert des données entre le centre de suivi et le centre de dépistage de Heidelberg et ce jusqu'à la confirmation finale de ces résultats (tracking des données transmises).
- J'ai été informé de la nécessité de passer un deuxième examen au plus tard _____ (e(date)).
(a second examination is only necessary for a few children).
- Je refuse le dépistage néonatal pour mon enfant. J'ai été informé des conséquences négatives possibles pour mon enfant (maladies non détectées qui peuvent conduire à un handicap et à la mort).

Date, nom en lettres capitales, Signature d'au moins un des tuteurs

Date, nom en lettres capitales, Signature du médecin suivant §8 article 1 GenDG

Si vous souhaitez uniquement faire effectuer certains examens spécifiques à votre enfant, veuillez remplir et signer la déclaration figurant au verso.

Ce consentement est conservé par l'expéditeur de l'échantillon biologique
Le consentement au dépistage néonatal ou refus de certaines parties du programme de dépistage doit être noté sur le papier filtre du dépistage néonatal dans les champs prévus à cet effet.



Si vous approuvez tous les examens offerts, veuillez signer le formulaire de consentement au verso.

Ne remplissez cette page que si vous ne souhaitez pas accepter intégralement le programme de dépistage.

Nom de l'enfant: _____

Date de naissance: _____
(ou étiquette)

J'ai été informé au sujet du dépistage néonatal des maladies métaboliques congénitales, des troubles hormonaux, des troubles du système immunitaire et du dépistage de la mucoviscidose chez les nouveau-nés. J'ai été informé des conséquences négatives éventuelles pour mon enfant en cas de rejet de certains aspects du dépistage néonatal.

Consentement partiel

(Svp, signez chaque point avec lequel vous êtes d'accord.)

Je suis d'accord avec l'exécution des examens suivants et la transmission des données prévues à cet effet :

- Dépistage néonatal des maladies métaboliques congénitales, des troubles hormonaux et des troubles du système immunitaire (page 2-3)

Date, nom en lettres capitales, Signature d'au moins un des tuteurs

- Dépistage néonatal de la mucoviscidose (page 5-6)

Date, nom en lettres capitales, Signature d'au moins un des tuteurs

- Dans le cas où un résultat de dépistage néonatal nécessite être confirmé, je suis d'accord pour la transmission de données du centre de dépistage de Heidelberg au centre de suivi, et ce jusqu'à la clarification du diagnostic exact (tracking des données transmises).

Date, nom en lettres capitales, Signature d'au moins un des tuteurs

Date, nom en lettres capitales, Signature du médecin suivant §8 article 1 GenDG

**Ce consentement est conservé par l'expéditeur de l'échantillon biologique
Le consentement au dépistage néonatal ou refus de certaines parties du programme de dépistage doit être noté sur le papier filtre du dépistage néonatal dans les champs prévus à cet effet.**