

**الطفل**

اسم العائلة: \_\_\_\_\_

الاسم الأول: \_\_\_\_\_

تاريخ الولادة: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**الأم**

اسم العائلة: \_\_\_\_\_

الاسم الأول: \_\_\_\_\_

تاريخ الولادة: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

(يبقى لدى القبول قبل الولادة فارغاً)

## طلب وإقرار بقبول

### تنفيذ التنظير الشاشي للمولودين الجدد

تم إعلامي حول التنظير الشاشي للمولودين الجدد للكشف عن الإضطرابات الهرمونية والإستقلابية والسمعية الناشئة مع الولادة. تلقيت وقرأت النشرة الإستعلامية الخاصة بالوالدين. تم شرح امكانيات وحدود الفحص لي وبشكل خاص أنه في التنظير الشاشي للمولودين الجدد ليست للنتائج الملفتة للنظر أي معنى في التشخيص ولكن لابد من إتباعها بفحوصات أخرى من أجل تحليل هذه النتائج. في اللقيات الملفتة للنظر يسمح للمخبر بالاتصال المباشر معي.

أتيح لي إمكانية الإستفسار عن الفحوصات الشاشية الموصوفة والمنصح بها هناك وكذلك عن سير العمل أو بالأحرى تلقي الإستشارات التلفزيونية المعروضة. قدم لي الوقت الكافي للإستفسار وللتفكير بالأمر. إنه معلوم لدي بأن البيانات المأخوذة عني وعن طفلي (للتفاصيل أنظر خلفية الصفحة) لهدف تسبير المعاملة بشكل أسر والتبليغ في حالة اللقيات الملفتة للنظر؛ هذه البيانات سوف يتم تخزينها ومعالجتها من قبل مركز التنظير الشاشي.

بالمقابل فإنني أقر (يرجى أخذ اختيار واحد فقط)

- 
- لمخبر التنظير الشاشي للمولودين الجدد (المدير د. الطبيب أوليفر بلانكينشتاين)
- كشخص مسؤول طبيبي بقبولي بتنفيذ فحوصات الكشف المبكر المنصح بها.

أنا أرفض تنفيذ الفحوصات التالية على طفلي

- التنظير الشاشي للمولودين الجدد الممتد على الإضطرابات الهرمونية والإستقلابية الناشئة مع الولادة.
- التنظير الشاشي السمعي للمولودين الجدد

تم إعلامي بالعواقب الصحية والأخطار المحتملة لطفلي في حالة الرفض.

#### حفظ عينات الدم المتبقية:

أني أوافق على حفظ العينات الزائدة بغية تحقيق إمكانية تدقيق النتائج. بعد مضي 12 شهراً سوف تفصل البيانات من الدم المتبقي وتحفظ بشكل مشفر. فقط وفق طلب من ولي الأمر يمكن عن طريق الشيفرة جمع عينة الدم مع البيانات سوية مرة أخرى. يتم التخلص النهائي من عينات الدم المتبقية في برلين وفق المخطط بعد 18 سنة. لكي يستطاع القيام بتنفيذ صحيح للفحوصات الشاشية أيضاً في وقت لاحق، ننصحكم بزمان الحفظ الممد هذا.

أنا أرفض زمن الحفظ الممد لعينات الدم المتبقية.

أنا أوافق على أن تستخدم عينات الدم المتبقية والمجهزة بشكل مجهول في أغراض علمية (مثلاً تطوير طرق التنظير الشاشي، إجراءات جودة).

أنا أرفض الإستخدام العلمي لعينات الدم المتبقية غامضة الهوية.

التاريخ

اسم العائلة، الاسم الأول (التوقيع)

اسم العائلة، الاسم الأول (التوقيع)

ولي/ولية أمر الحضانة

الطبيب

## تفويض سحب الدم/ صورة التشخيص

بعد أمر الموافقة يتم تفويض سحب الدم لـ :

الشخص الساحب
--------------

ترسل صورة عن نتائج التشخيص إلى الشخص المذكور أعلاه

عزيزي الوالدين:

لكي نريكم ماهي البيانات الطبية والشخصية التي ستخزن بشكل مؤقت ورفع ضمن نطاق التنظير الشاشي للمولودين الجدد تجدون في أسفله صورة عن القسم البياني لخارطة التنظير الشاشي. بمساعدة رقم تعيين التنظير الشاشي والشفيرة الخاصة به يتم تخزين البيانات الطبية بشكل منفصل عن البيانات الشخصية. يتم لصق قصاصة لاصقة برقم تعيين التنظير الشاشي الخاص بطفلكم في دفتر الفحوصات الأصفر الذي يتلقاه كل مولود جديد تشكل صلة الوصل بين طفلكم ورقم تعيين التنظير الشاشي. فقط عن طريق رقم تعيين التنظير الشاشي الذي يقدمه الطفل أو بالأحرى الوالدان يمكن إعطاء معلومات عن البيانات المشفرة. العديد من البيانات تبقى محفوظة في أماكن محكمة الإغلاق. وهي تبقى مخزنة في حاسوب آمن ضد الدخول الغريب للمدة المقررة مسبقاً. فقط موظفو مخبر التنظير الشاشي لديهم إمكانية الدخول.

إذا كانت لديكم أية أسئلة حول نوع ومعنى كل حقل فيرجى التوجه لطبيب الأطفال الخاص بكم أو لمساعدتي التوليد.

<b>Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:</b>			
Krankenkasse bzw. Kostenträger		Labor-Nr. _____	
Name, Vorname des Versicherten		Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl	
geb. am		Einsender	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Leerkarten-Grund: <input type="checkbox"/> verstorben (bei Einsendung ohne Material ankreuzen)		<b>Screening-ID</b>	
<input type="checkbox"/> Verlegung <input type="checkbox"/> Entl. < 35 h			
Daten des Kindes:		Abrechnung: <input type="checkbox"/> Privat	
Nachname		Vorname	
Geburtsdatum		Datum/Uhrzeit der Abnahme:	
Geburtsdatum		Geburtsgewicht	
Geburtsdatum		Geburtsbuch-Nr.	
Geschlecht		Mehrling	
Gestationswoche		Wiederholungsuntersuchung	
Hämocscreening:		TEOAE: bds. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	
nicht durchgeführt		AABR: bds. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	