

MATKA
Nazwisko: _____ ,
Imię: _____
Data urodzenia: ____ . ____ . _____

DZIECKO
Nazwisko: _____ ,
Imię: _____
Data urodzenia: ____ . ____ . _____
(w przypadku uzyskania zgody opiekuna nie wypełniać przed narodzinami dziecka)

### WNIOSEK I ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH U NOWORODKA

Zostałam poinformowana o **badaniach przesiewowych noworodków pod kątem występowania zaburzeń hormonalnych, zaburzeń przemiany materii i słuchu**. Otrzymałam kartę informacyjną dla rodziców i zapoznałam się z informacjami w niej zawartymi. Zostałam poinformowana o możliwościach i granicach przeprowadzania tych badań – w szczególności o fakcie, iż wyniki badań przesiewowych u noworodków nie stanowią diagnozy, lecz przeprowadzane są po nich dodatkowe badania w celu weryfikacji uzyskanych wyników. W przypadku wyników odbiegających od normy laboratorium jest upoważnione do osobistego skontaktowania się ze mną.

Umożliwiono mi uzyskanie szczegółowych informacji dotyczących wszystkich opisanych i zalecanych badań przesiewowych oraz procedur lub **skorzystanie z porad przez telefon**. Otrzymałam wystarczającą ilość czasu na postawienie pytań i przemyślenie decyzji. Jestem świadoma, że dane moje i mojego dziecka (szczegóły patrz na odwrocie) zostaną zapisane w formie elektronicznej i przetwarzane będą dla celów szybkiego opracowania wyników i powiadomienia mnie w przypadku uzyskania wyników odbiegających od normy.

**Niniejszym wyrażam zgodę, aby** (wybrać tylko jedną opcję)

- \_\_\_\_\_
- laboratorium badań przesiewowych (kierownik Dr. med. Oliver Blankenstein)

**jako podmiot odpowiedzialny medycznie przeprowadziło zalecane badania profilaktyczne.**

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie u mojego dziecka następujących badań

- poszerzonego badania przesiewowego noworodków pod kątem występowania wrodzonych zaburzeń hormonalnych i przemiany materii
- badania przesiewowego noworodków pod kątem zaburzeń słuchu

Poinformowano mnie o ewentualnych skutkach i zagrożeniach dla mojego dziecka wynikających z niewyrażenia zgody na przeprowadzenie tych badań.

**Przechowywanie niewykorzystanych próbek krwi:**

Wyrażam zgodę na przechowywanie niewykorzystanych do badań próbek materiału dla celów późniejszej weryfikacji wyników. Po upływie 12 miesięcy dane zostaną oddzielone od niewykorzystanych próbek krwi i będą przechowywane w formie zakodowanej. Ponowne powiązanie danych osobowych i próbek krwi możliwe jest tylko na wniosek prawnego opiekuna dziecka przy zastosowaniu kodu. Niewykorzystane próbki krwi niszczone są w Berlinie planowo po upływie 18 lat. W celu umożliwienia późniejszej poprawnej kontroli badań przesiewowych zalecamy skorzystanie z tego wydłużonego okresu przechowywania.

- Nie wyrażam zgody na przedłużony okres przechowywania niewykorzystanych próbek krwi.

Wyrażam zgodę na stosowanie niewykorzystanych, uniemożliwiających identyfikację właściciela próbek krwi dla celów naukowych (np. w zakresie rozwoju metod badań przesiewowych, standardów jakości).

- Nie wyrażam zgody na zastosowanie anonimowych, niewykorzystanych próbek krwi dla celów naukowych.

Data

\_\_\_\_\_  
Nazwisko / Imię  
Lekarz

Podpis

\_\_\_\_\_  
Nazwisko, Imię  
Prawny opiekun dziecka

Podpis

## Przekazanie pobranej próbki krwi / kopii wyników badań:

- Po wyrażeniu zgody pobrana próbka przekazana zostanie:

<b>PRACOWNIK UPOWAŻNIONY DO ODBIORU</b>
---

- Kopię wyników badań należy przekazać ww. osobie.

Drodzy Rodzice!

Aby pokazać Państwu, jakie dane medyczne i osobowe gromadzone i zapisywane są w ramach przeprowadzanych badań przesiewowych noworodków, zamieściliśmy poniżej fragment karty badań przesiewowych dotyczący tych właśnie danych.

Za pomocą numeru identyfikacyjnego Screening-ID i kodu kreskowego dane medyczne i dane osobowe zapisywane są oddzielnie. Arkusz z etykietkami zawierającymi numer identyfikacyjny Screening-ID przydzielony dziecku zostanie wklejony do żółtej książeczki badań, którą otrzymuje każde dziecko i stanowi on powiązanie noworodka i numeru identyfikacyjnego Screening-ID. Tylko przy pomocy numeru identyfikacyjnego Screening-ID, którym dysponuje dziecko lub rodzice, możliwe będzie udzielenie informacji po dokonaniu anonimizacji danych osobowych.

Wszelkie dane przechowywane są w bezpiecznym miejscu. Przechowywane są one przez przewidziany okres na komputerze z zabezpieczeniem dostępu. Dostęp do danych mają tylko pracownicy laboratorium.

W przypadku pytań o rodzaj lub znaczenie poszczególnych pól prosimy zwrócić się do swojego lekarza pediatry lub położnej.

<b>Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:</b>														
Krankenkasse bzw. Kostenträger														
Name, Vorname des Versicherten														
geb. am														
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status												
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum												
Labor-Nr.														
Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl														
Einsender														
Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl														
Abrechnung: <input type="checkbox"/> Privat <small>Privatversicherte bitte hier unterschreiben</small>														
<b>Screening-ID</b>														
<b>Daten des Kindes:</b>														
Nachname		Vorname												
Geburtsdatum		Datum/Uhrzeit der Abnahme:		Geburtsgewicht		Geburtsbuch-Nr.								
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	g.				
Geschlecht		Gestationswoche		<input type="checkbox"/> Mehrling		Wiederholungsuntersuchung		Hörscreening:		unabhängig		abhängig		
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt	TEOAE: bds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
				Id. Nummer				AABR: bds.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L