

MADRE
Apellido: _____,
Nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____ . ____ . ____

HIJO/A
Apellido: _____,
Nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____ . ____ . ____
(Reservado al consentimiento antes del nacimiento)

## SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE CRIBADO NEONATAL

He sido informado/a sobre las **Pruebas de cribado de problemas congénitos hormonales, metabólicos y auditivos en neonatos**. He recibido y leído la hoja informativa para los padres. He sido informado/a sobre las posibilidades y límites de esta prueba, en concreto se me ha explicado que los resultados de unas pruebas de cribado que resulten anormales no suponen un diagnóstico, sino que a continuación deberían realizarse otras pruebas para su aclaración. En caso de hallar un resultado anormal, el laboratorio deberá ponerse en contacto conmigo directamente.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre todas las pruebas de cribado recomendadas y sobre los procedimientos o de **utilizar la asistencia telefónica ofrecida**. Se me ha dado el tiempo suficiente para hacer preguntas y reflexionar. Tengo conocimiento de que los datos recogidos sobre mí y mi hijo/a (detalles al dorso) se almacenarán y procesarán electrónicamente para que el centro de cribado los tramite con rapidez y me informe en caso de un resultado anormal.

**Doy mi consentimiento para que** (elegir solo una opción)

- \_\_\_\_\_
- el laboratorio de cribado neonatal (director Dr. Med. Oliver Blankenstein)

**sea la persona médicamente responsable para realizar las pruebas de reconocimiento preventivo recomendadas.**

Rechazo la realización de las siguientes pruebas en mi hijo/a

- pruebas ampliadas de cribado de problemas congénitos hormonales y metabólicos neonatales
- prueba auditiva neonatal

Se me ha informado sobre las posibles consecuencias y riesgos de salud para mi hijo/a en caso de rechazar las pruebas.

**Conservación de las muestras residuales de sangre:**

Estoy de acuerdo en que se conserven las muestras sobrantes para realizar una verificación posterior de los resultados. Después de 12 meses los datos se separarán de la sangre residual y se guardarán cifrados (bajo un seudónimo). Las muestras de sangre y los datos solo volverán a reunirse mediante el código (seudónimo) si así lo solicitan los tutores. En Berlín, las muestras residuales de sangre se eliminan sistemáticamente transcurrido un plazo de 18 años. Para poder controlar posteriormente que la realización de las pruebas preventivas sea correcta, le recomendamos este período de conservación prolongado.

- Rechazo el período de conservación prolongado de las muestras residuales de sangre.

Estoy de acuerdo en que las muestras residuales de sangre anónimas se utilicen para fines científicos (p.ej.: perfeccionamiento de los métodos para pruebas preventivas, medidas de calidad).

- Rechazo que las muestras residuales de sangre anónimas se utilicen para fines científicos.

Fecha

\_\_\_\_\_  
Apellido, nombre                      Firma  
Médico

\_\_\_\_\_  
Apellido, nombre                      Firma  
Tutor/a

**Delegación de la toma de muestras / copia de resultados:**

- Una vez obtenido el consentimiento, la toma de muestras se delega a:

**PROFESIONAL DELEGADO**

- Se enviará una copia de los resultados a la persona citada anteriormente

Estimados padres:

Para mostrarles los datos médicos y personales que se recogerán y se guardarán temporalmente para las pruebas de cribado neonatal, más abajo encontrarán una reproducción del apartado de datos de la tarjeta de las pruebas.

Con ayuda de la identificación de la prueba (Screening-ID) y del código de barras, los datos médicos se almacenarán por separado de los datos personales. En la cartilla de pruebas amarilla que recibe cada recién nacido se añadirá una hoja de etiquetas con la Screening-ID de su hijo/a que relacionará al niño/a con la Screening-ID. Después de establecer el seudónimo, solo podrá darse información con ayuda de la Screening-ID que presente el niño/a o los padres.

Todos los datos se guardarán bajo llave. Permanecerán en un ordenador de acceso seguro durante el período previsto. Solo los empleados del laboratorio de cribado tendrán acceso a los datos.

Si tiene dudas sobre el tipo o el significado de cualquier campo, no dude en consultar al pediatra o a la comadrona pertinente.

**Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Labor-Nr.	<b>Besonders:</b> <input type="checkbox"/> Transfusion am: _____ <input type="checkbox"/> weiteres: _____
Name, Vorname des Versicherten		Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl	
geb. am		Einsender	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Leerkarten-Grund:  verstorben (bei Einwendung ohne Material ankreuzen)  Verlegung  Entl. < 36 h

**Screening-ID**

Abrechnung:  Privat Privatversicherer bitte hier unterschreiben

**Daten des Kindes:**

Nachname				Vorname			
Geburtsdatum		Datum/Uhrzeit der Abnahme:		Geburtsgewicht		Geburtsbuch-Nr.	
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr
Geschlecht		Gestationswoche	<input type="checkbox"/> Mehrling	<input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung		<b>Hörscreening:</b>	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W					TEOAE: bds. <input type="checkbox"/>	ausf. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
						AABR: bds. <input type="checkbox"/>	ausf. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L

ID-Nummer: \_\_\_\_\_