

Délégation des prélèvements / de la copie des résultats :

- Après consentement, le prélèvement sera réalisé par:

PERSONNE QUALIFIÉE POUR LE PRÉLÈVEMENT

- Une copie des résultats est à envoyer à la personne mentionnée ci-dessus

Chers Parents,

Afin que vous sachiez exactement, quelles données médicales et personnelles sont collectées et temporairement mémorisées dans le cadre du dépistage néonatal, vous trouverez ci-dessous le détail de la fiche des données de dépistage.

A l'aide de l'identifiant (Screening-ID) et du code barre, les données médicales et personnelles sont enregistrées séparément. Une étiquette portant l'identifiant (Screening-ID) de votre enfant sera collée dans le carnet jaune que reçoit tout nouveau-né, établissant ainsi le lien entre enfant et identifiant. Après la pseudonymisation, l'accès aux renseignements ne pourra s'effectuer que sur communication de l'identifiant (Screening-ID) en possession de l'enfant ou des parents.

Toutes les données sont conservées sous protection. Elles sont stockées pour le délai convenu sur un ordinateur sécurisé. Seul le personnel du laboratoire de dépistage y a accès.

Si vous avez des questions sur la nature ou la signification des différentes données, n'hésitez pas à les poser à votre pédiatre ou votre obstétricien.

Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:													
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten													
geb. am													
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
Leerkarten-Grund: <input type="checkbox"/> verstorben (bei Einwendung ohne Material ankreuzen) <input type="checkbox"/> Verlegung													
<input type="checkbox"/> Entf. < 35 h													
Screening-ID													
Daten des Kindes:													
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		<input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung		Hörscreening:		manuell:		automat.	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W							<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt	TE OAE: bds. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	
									AABR: bds. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L	

Remplir ces cases avec les données de la mère			
Caisse maladie ou organisme payeur		N° du laboratoire	
Nom, Prénom de l'assuré né le		N° de téléphone de la mère avec indicatif	
		Expéditeur	
N°caisse	N° de l'assuré	Statut	
N°établissement	N°médecin	Date	
Raisons fiche vide (à cocher en cas d'envoi sans échantillons)		N° de téléphone de l'expéditeur avec indicatif	
<input type="checkbox"/> décédé	<input type="checkbox"/> transféré	SCREENING-ID	Facturation <input type="checkbox"/> privé
<input type="checkbox"/> sortie < 36 h			_____ pour les assurés en privé, signer ici
Données de l'enfant			
Nom		Prénom	
Date de naissance	Date et heure du prélèvement	Poids à la naissance	N° registre naissance
Jour - Mois - Année	Heure Minute	Jour - Mois - Année	Heure Minute
Sexe M / F	Semaine de gestation	<input type="checkbox"/> naissance multiple	Dépistage auditif
		<input type="checkbox"/> examen renouvelé	normal suspect
	N°enfant	<input type="checkbox"/> non réalisé	OEAT des 2 côtés <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
		<input type="checkbox"/> BERA des 2 côtés	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G