

MAJKA
Prezime: _____ ,
Ime: _____
Datum rođenja: ____ . ____ . _____

DETE
Prezime: _____ ,
Ime: _____
Datum rođenja: ____ . ____ . _____ (nepopunjeno kod davanja saglasnosti pre rođenja)

## ZAHTEV I IZJAVA O SAGLASNOSTI ZA SPROVOĐENJE SKRININGA NOVOROĐENČADI

Informisan/-a sam o **skriningu novorođenčadi na urođene hormonske poremećaje, poremećaje metabolizma i sluha**. Dobio/-la sam i pročitao/-la informacije za roditelje. Objašnjene su mi mogućnosti i granice ovog ispitivanja, a posebno mi je ukazano na to da neuobičajeni rezultati ne znače dijagnozu, već se za njihovo razjašnjavanje sprovode dodatna ispitivanja. U slučaju neuobičajenih nalaza laboratorija sme sa mnom direktno stupiti u kontakt.

Imao/-la sam priliku da postavim pitanja u vezi sa svim tamo opisanim i preporučenim skrining ispitivanjima i postupcima, odnosno da **koristim ponuđeno telefonsko savetovanje**. Dato mi je dovoljno vremena za pitanja i razmišljanje. Poznato mi je da će sakupljeni podaci o meni i mom detetu (detalji na poleđini stranice) radi brze obrade i informisanja kod neuobičajenih nalaza u skrining centru biti elektronski snimljeni i obrađeni.

**Dajem** (izabrati samo jednu mogućnost)

- \_\_\_\_\_
- Skrining laboratoriji za novorođenčad (direktor dr. med. Oliver Blankenstein)

**kao odgovornoj medicinskoj instituciji svoju saglasnost za sprovođenje preporučenih ispitivanja u cilju ranog otkrivanja bolesti.**

Odbijam izvršenje sledećih pregleda kod mog deteta

- proširenog skrininga novorođenčadi na urođene hormonalne poremećaje i poremećaje metabolizma
- skrininga slušnih poremećaja novorođenčadi

Objašnjene su mi moguće zdravstvene posledice i opasnosti koje mogu nastati usled odbijanja ispitivanja.

**Čuvanje preostalih uzoraka krvi:**

Saglasan sam sa čuvanjem suvišnog materijala uzorka u svrhu kasnije provere rezultata. Nakon 12 meseci podaci se odvajaju od preostale krvi i čuvaju se kodirano (pod pseudonimom). Samo na zahtev staratelja se uzorak krvi i podaci mogu opet povezati preko šifre (pseudonima). Preostali krvni uzorci se u Berlinu po planu uništavaju nakon 18 godina. Da bi se i kasnije moglo kontrolisati korektno sprovođenje skrining ispitivanja, preporučujemo Vam ovaj produženi vremenski period čuvanja.

- Odbijam produženo trajanje čuvanja krvnih uzoraka.

Saglasan sam sa anonimiziranom upotrebom krvnih uzoraka u naučne svrhe (npr. u cilju usavršavanja skrining metoda, mere poboljšanja kvaliteta).

- Odbijam naučnu upotrebu anonimiziranih ostataka uzoraka krvi.

Datum

\_\_\_\_\_  
Prezime, ime                      Potpis  
Lekar

\_\_\_\_\_  
Prezime, ime                      Potpis  
Staratelj/-ka

## Prosleđivanje uzorka / kopije nalaza:

- Nakon date saglasnosti uzeti uzorak se prosleđuje:

<b>STRUČNO LICE KOJE PREUZIMA UZORAK</b>
--

- Kopiju nalaza treba poslati gore navedenoj osobi

Dragi roditelji,

kako bismo Vam pokazali koji medicinski i lični podaci se uzimaju i privremeno memorišu u okviru skrininga novorođenčadi, u nastavku možete naći sliku obrasca sa podacima na skrining karti.

Uz pomoć identifikacione šifre skrining ispitivanja (skrining-ID) i bar-koda medicinski podaci se snimaju odvojeno od ličnih podataka. Nalepnica sa identifikacionom šifrom za Vaše dete lepi se u knjižicu dečjih sistematskih pregleda koju dobija svako novorođenče i predstavlja vezu između deteta i identifikacione šifre. Nakon dodeljivanja pseudonima, informacija se može pružiti samo uz pomoć identifikacione šifre koji ima dete odnosno roditelj.

Svi podaci se čuvaju pod ključem. Oni predviđeno vreme ostaju memorisani u kompjuteru, sa bezbednim pristupom. Pristup ovom kompjuteru imaju samo ovlašćeni radnici skrining laboratorije.

Ako imate pitanja u vezi sa vrstom ili značenjem pojedinih polja, obratite se Vašem nadležnom pedijatru ili batici.

<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	<b>Besonders:</b>		
Kassen-Nr.    Versicherten-Nr.    Status	<input type="checkbox"/> Transfusion am:		
Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum	<input type="checkbox"/> weiteres:		
	Einsender		
	Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl		
<b>Leerkarten-Grund:</b> <input type="checkbox"/> verstorben (bei Einsendung ohne Material ankreuzen) <input type="checkbox"/> Verlegung	<input type="checkbox"/> Privatversicherung bitte hier unterschreiben		
<input type="checkbox"/> Entl. < 35 h	<b>Abrechnung:</b> <input type="checkbox"/> Privat		
<b>Daten des Kindes:</b>	<b>Screening-ID</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	<b>H5 screening:</b> <input type="checkbox"/> unvollg. <input type="checkbox"/> vollg.	TE OAE: bds. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt	AABR: bds. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
	Id. Nummer		