

Nimi		Henkilötunnus	Lab nro
Para (G ja P)	Laskettu aika	Näytteen ottopäivämäärä	
AIKAISEMMAT TUTKIMUSTULOKSET JA LISÄTIETOJA SYFILIS: HEPATIITTI B: JOKIN MUU HEPATIITTI: HIV-INFEKTIO:		ÄIDIN SUOSTUMUS NÄYTTEEN SÄILYTTÄMISEEN On <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> HUOM! Informaatio ja äidin allekirjoitus (pakollinen) lomakkeen lopussa	
LÄHETTÄVÄ NEUVOLA/VASTAUSOSOITE Nimi: Osoite: puh.			
TERVEYDENHOITAJAN YHTEYSTIEDOT Nimi: Puh:			
TYKS mikrobiologia ja genetiikka on näytteen tutkimuspaikka, EI NÄYTTEENOTTOA Kyselyt: Hepatiitti ja HIV: Kl. virologian osasto 904 puh.02 313 9164 Syfilis: Kl. mikrobiologian ja immunologian osasto 906 puh.02 313 2673 Lähetteet: http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks-sapa/mg/lahteet/Sivut/default.aspx			

Hyvä (tuleva) äiti

Nyt neuvolassa antamasi verinäyte tutkitaan Tyksin Mikrobiologian ja genetiikan kliinisen mikrobiologian ja immunologian osastolla (syfilis) sekä kliinisen virologian osastolla (hepatiitti B ja HIV). Tutkimuksen avulla pystytään löytämään lähes kaikki raskaudenaikaiset syfilis-, hepatiitti B- ja HIV-tartunnat. Äidin lääkehoidolla (syfilis ja HIV-infektio) ja lapsen rokotuksella (hepatiitti B) pystytään useimmiten ennalta torjumaan lapsen terveyttä ja elämää uhkaava tartuntatauti.

Kun tähän seulontatutkimukseen osallistuvat lähes kaikki raskaana olevat naiset, saadaan hyvä kuva näiden tartuntatautien esiintymisestä maassamme ja samalla saadaan kerätyksi myös ainutlaatuinen valtakunnallinen näytekokoelma.

Koko väestöä edustavat verinäytteet ovat korvaamattoman arvokkaita tutkimustyössä, jota Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tekee väestön terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annettu laki 668/2008). Jos suostut siihen, että verinäytteesi voidaan säilyttää ja käyttää tässä työssä, pyydämme sinua allekirjoittamaan alla olevan suostumuksen.

Säilytylle näytteelle voi ilmaantua myös henkilökohtaista tutkimustarvetta. Se on käytettävissä itsesi tai lapsesi terveyteen mahdollisesti myöhemmin liittyvien ongelmien selvittämisessä. Pyydetessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos lähettää näytteesi tutkittavasi lääkärisi ilmoittamaan laboratorioon.

Suostun En suostu siihen, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos voi säilyttää tänään antamani verinäytteen ja käyttää sitä väestön terveyden edistämiseen tähtäävässä tutkimustyössä sillä edellytyksellä, että henkilöäni koskevat tiedot pidetään salassa.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____