

Namn		Personbeteckning	Lab nr.
Para (G och P)	Beräknad tid	Provtagningsdatum	
TIDIGARE UNDERSÖKNINGSRESULTAT OCH TILLÄGGSUPPGIFTER		MAMMANS SAMTYCKE TILL ATT PROVET SPARAS	
SYFILIS: HEPATIT B: ANNAN HEPATIT: HIV-INFektion:		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
OBS! Information och mammans underskrift (obligatorisk) finns nedan.			
REMITTERANDE MÖDRARÅDGVNING/SVARSADRESS			
Namn: Adress: Telefon nr:			
HÄLSOVÅRDARENS KONTAKTINFORMATION			
Namn: Telefon nr:			
ÅUCS Mikrobiologi och genetik är den plats där provet undersöks. INGEN PROVTAGNING Frågor: Hepatit B och HIV: Avdelningen för klinisk virologi 904 tfn. 02 313 9164 Syfilis: Avdelningen för mikrobiologi och immunologi 906 tfn. 02 313 2673 Remisser: http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/tyks-sapa/mg/lahetteet/Sivut/default.aspx			

Bästa (blivande) mamma

Det blodprov som du nu lämnat vid mödrarådgivningen kommer att undersökas vid Åucs Mikrobiologi och genetik på avdelningen för klinisk mikrobiologi och immunologi (syfilis) samt på avdelningen för klinisk virologi (hepatit B och HIV). Med hjälp av undersökningen hittas nästan alla syfilis-, hepatit B- och HIV-infektioner under graviditetstiden. Genom läkemedelsbehandling av mamman (syfilis och HIV-infektion) och vaccinering av barnet (hepatit B) kan man i de flesta fall förebygga smittosamma sjukdomar som äventyrar barnets hälsa och liv.

Då nästan alla gravida kvinnor deltar i denna massundersökning får man en bra bild av dessa smittosamma sjukdomars förekomst i vårt land och samtidigt fås också en unik riksomfattande provsamling.

Blodprover som representerar hela befolkningen är oersättligt värdefulla inom det forskningsarbete som Institutet för välfärd och hälsa (THL) gör för att främja befolkningens hälsa och förebygga sjukdomar (Lagen om Institutet för hälsa och välfärd 668/2008). Om du godkänner att ditt blodprov får sparas och användas i denna forskning, ber vi dig underteckna nedan stående samtycke.

Det kan även uppstå ett personligt behov av att undersöka det sparade provet. Det finns tillgängligt för utredning av eventuella senare problem som ansluter sig till din eller ditt barns hälsa. Institutet för välfärd och hälsa skickar på begäran ditt prov för undersökning till det laboratorium som din läkare meddelar.

Jag samtycker / Jag samtycker inte till att Institutet för hälsa och välfärd sparar det blodprov som jag idag ger och använder det i forskningsarbete som syftar till att främja befolkningens hälsa på de villkor att mina personuppgifter hålls hemliga.

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____