

فحص : نيوبايِلوت VASSEU1 Tutkimus:

لقد حصلت على المعلومات المتعلقة بفحوص نيوبايِلوت وهي المسح الشامل للأطفال حديثي الولادة للتحقق من احتمال وجود الأمراض الخَلقية المولود بها الطفل وهذه المعلومات قد حصلت عليها شفهيًا. وأيضاً كتابياً. أريد أن يشترك طفلي في هذه الفحوص.

تؤخذ من طفلي عينة وهي عبارة عن بقعة من الدم، حيث يسمح لنا بعد إتمام هذه الفحوص أن نستخدم فيما بعد بدون أن يُذكر فيها اسم الطفل، كعينة لحالة ظهر فيها هذا المرض من خلال فحوص المسح الشامل للأطفال حديثي الولادة للتحقق من احتمال وجود أمراض خَلقية. في كل فحص من الفحوص التي من الممكن أن ترتبط فيها ببيانات طفلي الشخصية، أطلب بأن تؤخذ موافقتنا في هذا الشأن، وأيضاً من طفلنا وذلك عندما يبلغ عمره 12 عاماً.

نحن نعلم بأن الاشتراك في هذه الفحوص هو أمر اختياري.

(annan suostumukseni) أعطي موافقتي على الاشتراك في هذه الفحوص __

(en anna suostumustani) لا أوافق على الاشتراك في هذه الفحوص __

الوقت التقديري المحدد للولادة: ___ / ___ / ___

الرقم الشخصي للأم: _____ - _____

توركو ___ / ___ / ___

التوقيع:

الاسم بوضوح: _____

توقيع مُستلم الموافقة والاسم بوضوح