



تحقیقات: نیو پیلوت

اطلاعات مربوط به تحقیقات غربال کننده نیو پیلوت را در باره بیماریهای مادرزادی کودکان تازه بدنیا آمده هم بطور شفاهی و هم بطور کتبی دریافت کرده ام. میخواهم که کودک من در این تحقیقات شرکت داده شود.

بعد از پایان این تحقیقات، مجاز میباشد که از نمونه لکه خون بر داشته شده از کودک من، بدون نام و نشان در تحقیقات مربوط به غربالگری ظهور بیماریهای مادرزادی استفاده شود. در تمامی تحقیقاتی که میتوان نمونه لکه خون برداشته شده را مرتبط به اطلاعات شخصی کودک من کرد، درخواست گرفتن اجازه از ما و همچنین از خود کودک ما بعد از تکمیل سن ۱۲ سالگی را داریم. میدانم که شرکت کردن داوطلبانه میباشد.

___ برای انجام این تحقیقات رضایت میدهم. (suostun)
___ برای انجام این تحقیقات رضایت نمیدهم. (en suostu)

زمان محاسبه شده برای وضع حمل: ___ / ___ / ___

تاریخ تولد مادر: ___ / ___ / ___ یا شماره هویت ___ - ___

مکان: _____ زمان: _____

امضاء: _____

نام و نام خانوادگی کامل: _____

دریافت کننده رضایتنامه و نام و نام خانوادگی کامل او