

Wyrażenie zgody na przeprowadzenie badania przesiewowego noworodka

Przechowywać w przychodni



Nazwa badania: **VASSEU1**

Zaświadczam niniejszym, że informacje na temat przesiewowego badania VASSEU1, analizującego dane na temat chorób dziedzicznych noworodków, zostały mi przekazane zarówno w formie ustnej jak i pisemnej. Chcę aby moje dziecko wzięło udział w tym badaniu.

Zgadzam się, aby próbka krwi pobierana do użytku badania NeoPilot została bezimiennie wykorzystana po zakończeniu tego badania do dalszych badań, dotyczących występowania i przesiewu chorób dziedzicznych.

Wykonywanie wszystkich tego rodzaju badań, podczas których zachodziłaby możliwość skojarzenia pobranej próbki z danymi osobistymi naszego dziecka, wymagać będzie uzyskania naszej zgody oraz dziecka, po ukończeniu przez nie 12 lat.

Wiem, że uczestnictwo w badaniu jest dobrowolne.

Zgadzam się na wykonanie badania

Nie wyrażam zgody na wykonanie badania

Przybliżony czas porodu: ___ / ___ / _____

Numer ewidencyjny matki dziecka: _____ - _____

Turku, dnia ___ / ___ / _____

Podpis: _____

Imię i nazwisko: _____

Podpis odbiorcy pozwolenia na badanie

Imię i nazwisko