**附件1**

中阳县新生儿疾病筛查知情同意书

母亲姓名: 新生儿性别： 出生日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新生儿疾病筛查是《母婴保健法》所提出的母婴保健专项技术，指在新生儿期对严重危害儿童健康的先天性、遗传性疾病施行的专项检查，以达到早期诊断、早期治疗的目的，可有效预防儿童生长发育落后、智力低下等残疾，对提高我国出生人口素质有重大意义。以下是中阳县目前开展的新生儿疾病筛查项目，请家长知情选择。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 筛查项目 | 筛查疾病 | 采血及信息卡等要求 | 收费标准 | 打“√”或“×”选择 | | 筛查项目一 | PKU、CH | 白色信息卡3个血斑 | 50元 |  | | 筛查项目二 | CAH、MS/MS | 粉色信息卡4个血斑 | 257元 |  |   备注：1疾病对应名称:PKU-苯丙酮尿症:CH-先天性甲状腺功能减低症;CAH-先天性肾上腺皮质增生症:MS/MS-串联质谱45种新生儿遗传代谢病  注意事项:   1. 新筛流程包括知情同意、采血、检验、阳性召回、确诊治疗等。新筛中心设在山西省妇幼保健院承担检验、诊治等工作。分娩机构承担知情告知、采血、协助阳性召回等工作。   （2）筛查采血时间为新生儿出生48小时后，7天之内，且充分哺乳6次以上，各种原因延误采血的,最迟不超过20天,采集新生儿足跟血,制成滤纸干片血,进行检测。从采血、标本递送至检测大约需要20天。  （3）若筛查结果异常,分娩机构将尽快通知家长为孩子复查或做确诊检查,请家长配合,并留下准确的联系地址和联系方式，并保持联系畅通。  （4）经筛查确诊的患儿,筛查中心提供治疗随访和指导建议。PKU患者可得到一定救助,或纳入新农合大病救助项目。  （5）无论应用何种筛查方法,由于个体的生理差别和其他因素,个别患者可能呈假阴性,即使通过筛查，也需要定期进行儿童保健定期体检，避免延误诊治。  （6）本县新生儿疾病筛查项目中:所有筛查项目由政府承担筛查费用。 |
| 知情选择  我已充分了解该检查的性质、合理的预期目的、风险性和必要性，对其中的疑问已经得到医生的解答，已被告知疾病可能导致的不良后果。  我同意接受新生儿疾病筛查（）打“√”；我不同意接受新生儿疾病筛查（）打“×”。  监护人签名 日期 年 月 日  监护人现住地址: 省 市 县（市区） 乡（镇）/街道 村/号: 监护人联系方式 |
| 医（护）人员陈述  我已经告知监护人该新生儿将要进行遗传代谢疾病筛查的性质、目的、风险性、必要性、费用，并且解答了关于此次检查的相关问题。  医（护）人员签名 签名日期 年 月 日 |