**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 |