

新生儿遗传代谢病串联质谱检测申请单

注: a. 带*为必填项; b. 请在□处打"√"

受检者信息

*姓名: _____ *姓名拼音: _____ *出生日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 *性别: ____ 民族: ____
联系方式: _____ 籍贯: _____ *身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□□□
新生儿姓名: _____ *新生儿性别: _____ *新生儿出生日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日
地址: _____ 紧急联系方式: _____

送检单位信息

*送检单位: _____ 科室: _____ 送检医生: _____
送检医生电话: _____ 住院(门诊)号: _____ 床号: _____

临床检查

用药情况: _____
其他: _____

疾病史

*家族史: ☐ 无 ☐ 有, 何种疾病: _____ 患病亲属与受检者关系: _____
既往史: ☐ 无 ☐ 有, 所患疾病: _____
*现病史: ☐ 无 ☐ 有, 目前所患疾病: _____
*临床表现和体征: _____

样本信息

*原始样本类型: ☐ 滤纸干血片 ☐ 其他 _____ *原始样本采集时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 时

信息确认(知情同意书见背面)

申请检测者: 我知晓知情同意书所有内容, 愿意进行该项检测, 同意回访, 并承担因检测带来的相关风险。

*申请检测者签名: _____ 日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日

(当受检者知情同意能力欠缺或不足时, 增加或替换以下方式)

*法定监护人签字: _____ 与受检者关系: _____ 日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日

送检医生: 我保证已向病人和/或他们的法定监护人说明该检测的性质、预期目的、风险及局限性, 我已回答受检者或其法定监护人的相关提问, 我已得到受检者或其法定监护人的同意来开展该检测服务。

*送检医生签名: _____ 日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日

博奥医学检验所人员填写

样本接收日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 时 样本外观判断: ☐ 合格 ☐ 不合格 接收人: _____

备注(针对不符合接收标准样本进行描述等): _____

新生儿遗传代谢病串联质谱检测知情同意书

检测意义:

新生儿遗传代谢病是影响儿童智力和体格发育的严重疾病,若及早诊断和治疗,患儿的身心发育大多可达到正常同龄儿童的水平。本筛查是根据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、卫计委《新生儿疾病筛查管理办法》在新生儿期对严重危害新生儿健康的先天性、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。对防止残疾、提高出生人口素质有着重大意义。

注意事项:

1. 我检验中心通过串联质谱技术开展筛查的遗传代谢病为:氨基酸代谢病 19 种、脂肪酸氧化代谢病 15 种、有机酸代谢病 14 种,共计 48 种疾病;
2. 新生儿出生 3 天并经过充分哺乳(≥ 6 次)后进行足跟采血,采集标本按照卫计委规定的《新生儿遗传代谢病筛查血片采集技术规范》进行;
3. 若筛查结果异常,送检医院将尽快通知您孩子做确诊检查。

受检者知情同意:

1. 我已充分了解该检测的性质、预期目的、风险和必要性,对其中的疑问已经得到医生的解答;
2. 医生已告知我将要进行的检测方法的相关内容;
3. 我知晓该检测的准确率并非百分之百,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检查;
4. 我知晓该检测结果仅作为临床诊断参考,不作为临床诊断的唯一标准,需根据其他检查结果综合分析;
5. 我承诺提供的个人资料真实可靠;
6. 我授权检测机构对检测涉及的标本进行处理,包括血液和医疗废弃物等;
7. 我授权检测机构可将基于本人所获取的实验数据用于诊断技术改进、科学研究,并允许检测机构通过该实验数据获得相关的知识产权;
8. 我已知晓检测机构将充分保护本人的隐私权;若因本人不当使用该检测结果,由此带来的心理、生理负担,检测机构不承担责任;
9. 我已知晓风险样本,由于不可抗拒因素(如寄送途中延误、样本管破裂、实验试剂异常等)或者特殊因素(如外周血凝血等)所致的样本损耗,需配合检测机构再次取样,检测周期须从重新留取样本之日起延长工作日。