

# 杭州市新生儿先天性心脏病筛查知情同意书

姓名:周甜芬之子 性别:男 病区:1-5F NICU 科别:新生儿重症监护室 床号:48 住院号:01252647-01

新生儿姓名: 性别: 男 出生日期: 住院号:

新生儿先天性心脏病筛查是新生儿时期对先天性心脏病实施的专项检查,新生儿出生后6-72小时内,采用简单易行、无创伤性的两项指标进行筛查:即心脏杂音听诊和经皮脉搏血氧饱和度测定,筛查结果分为阳性和阴性两种。筛查阳性者,应当及时转诊至有资质的机构接受超声心动图检查,确诊为先天性心脏病的患儿应当及时接受进一步的评估和治疗。由于疾病的复杂性和筛查技术的限制,少部分孩子可能出现筛查结果假阴性的情况(即患有先天性心脏病但筛查结果阴性者),因此建议所有筛查阴性者,按照国家基本公共卫生儿童保健服务项目进行健康体检。

## 知情选择

1、我已充分了解该项筛查的性质、目的、必要性、风险性和费用,理解筛查存在假阳性和假阴性的结果,对其中的疑问已经得到医务人员的解答。

我 同意 (同意或不同意)我监护的孩子接受新生儿先天性心脏病筛查。

监护人(签名):

日期: 2020 年 12 月 01 日 15 时 05 分

身份证号码(母亲):

电话:

现住址: 余杭区青枫墅园山语阁5-204户籍地址:

2、我不同意我监护的孩子接受新生儿先天性心脏病筛查,我已被告知延误诊断先天性心脏病可能导致的不良后果。

监护人(签名):

日期: 年 月 日 时 分

## 告知者陈述

我已告知上述新生儿监护人先天性心脏病筛查的性质、目的、必要性、风险性和费用,并且解答了相关问题。

告知者(签名):

日期: 2020 年 12 月 01 日 15 时 02 分