

Exame Adicional de Triagem Neonatal Solicitação e Termo de Consentimento

Prezados senhores:

Okayama Kakudai Shinseiji Suishin Kyōkai
Governador da Província de Okayama
Prefeito da Cidade de Okayama

Solicito o exame certificando que foi feita a leitura da “Explicação do Exame Adicional de Triagem Neonatal” e entendido sobre o exame.

Estou de acordo com o uso da amostra coletada do sangue do presente teste feito pelo “Serviço de Exames de Erros Inatos do Metabolismo”

(Senteisei Daisha Ijyō-to Kensa Jigyo).

Concordo também em fornecer dados empíricos obtidos através dos testes (SMA, SCID) à Agência Infanto-familiar e ao grupo de pesquisa da referida agência.

Data da solicitação e Termo de Consentimento	(Ano). (Mês). (Dia)
Nome do solicitante (responsável)	
Nome da mãe do bebê	Em caso de parto múltiplo, colocar após o nome da mãe o número de ordem de nascimento.
Data do nascimento do bebê	(Ano). (Mês). (Dia)
Nº do telefone (para contato de imediato)	
Nome da instituição médica-hospitalar	

※Os dados pessoais coletados na solicitação do exame não serão utilizados para outros meios além do exame e dos projetos de demonstração do país.
Entretanto, responsabilizaremos-nos pela proteção dos dados pessoais.

Exame Adicional de Triagem Neonatal Solicitação e Termo de Consentimento

Prezados senhores:

Okayama Kakudai Shinseiji Suishin Kyōkai
Governador da Província de Okayama
Prefeito da Cidade de Okayama

Solicito o exame certificando que foi feita a leitura da “Explicação do Exame Adicional de Triagem Neonatal” e entendido sobre o exame.

Estou de acordo com o uso da amostra coletada do sangue do presente teste feito pelo “Serviço de Exames de Erros Inatos do Metabolismo”

(Senteisei Daisha Ijyō-to Kensa Jigyo).

Concordo também em fornecer dados empíricos obtidos através dos testes (SMA, SCID) à Agência Infanto-familiar e ao grupo de pesquisa da referida agência.

Data da solicitação e Termo de Consentimento	(Ano). (Mês). (Dia)
Nome do solicitante (responsável)	
Nome da mãe do bebê	Em caso de parto múltiplo, colocar após o nome da mãe o número de ordem de nascimento.
Data do nascimento do bebê	(Ano). (Mês). (Dia)
Nº do telefone (para contato de imediato)	
Nome da instituição médica-hospitalar	

※Os dados pessoais coletados na solicitação do exame não serão utilizados para outros meios além do exame e dos projetos de demonstração do país.
Entretanto, responsabilizaremos-nos pela proteção dos dados pessoais.