

附件 2

新生儿先天性心脏病筛查知情同意书

新生儿姓名：

性别：

出生日期：

住院病历号：____

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 小时期间，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，应当及时转诊至新生儿先天性心脏病诊断中心或新生儿先天性心脏病评估治疗中心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），因此，建议所有筛查结果阴性者，除了常规体检之外，平时需注意孩子是否存在呼吸急促、紫绀、多汗、反复肺炎、体重不增加等情况，如果有这些情况，及时将情况反馈给医生，接受进一步检查。

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: _____ 年 _____ 月 _____ 日
身份证号码(母亲): _____ 电话: _____
通讯地址: _____

(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

筛查技术人员陈述

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。

筛查技术人员(签名): _____ 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日