

T.C.
BURSA HALK SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Bağlarbaşı Aile Sağlığı Merkezi
YENİDOĞAN TARAMA PROGRAMI ONAM FORMU

Fenilketonürinin anne ve babadan çocuğa geçen kalıtsal bir hastalık olduğu; bu hastalıkla doğan çocukların bir enzim eksikliği nedeni ile kan ve vücut sıvılarında fenilalanin denen bir maddenin seviyesinin yükselerek beyin hücrelerini tahrip etmesinden dolayı çocuğun ileri derecede zeka özürülü olmasına neden olduğu tarafıma anlatıldı. Ayrıca bu bebeklerin ilk aylarda diğer bebeklerden ayırt edilemeyip; genellikle 6. aydan sonra fark edilip, teşhis konulabileceği fakat geç kalınmış olunabileceği de bana söylendi.

Konjenital Hipotiroidi hastalığının tiroid hormonunun yetersizliği ile oluşan bir hastalık olduğu ve doğumdan sonraki ilk aylarda en sık karşılaşılan hormon hastalığı olduğu ve tedavi edilemeyen bebeklerde ciddi zeka geriliği ve cücelik ortaya çıkabileceği tarafıma anlatıldı. Ayrıca bu hastalıkla doğumdan sonraki ilk aylarda belirti ve bulgular bebeklerin çoğunda belirgin olmadığından erken tanının güç olduğu bana söylendi.

Biyotinidaz hastalığının enzim eksikliği ile oluşan bir hastalık olduğu ayrıca erken tanı ve tedavinin önemi bana anlatıldı. Tedavi edilmeyen bebeklerde ise işitme, görme kaybı, nörolojik sekeller ve ölümle sonuçlanabileceği bana söylendi.

Kistik Fibrozis hastalığının kalıtsal geçiş gösteren ve vücutta salgı yapan hücrelerin genetik olarak bozukluklarından kaynaklanan bir hastalık tablosu olduğu tarafıma anlatıldı. Bunun sonucunda salgı yapan hücrelerin salgıları koyu ve yapışkan nitelikte, en sık akciğerler ve sindirim sistemi etkilendiği tarafıma anlatıldı.

Ulusal Yenidoğan Tarama Programı kapsamında test edilmek üzere çocuğunuzun topuğundan alınan kanda ;

KF değeri	:	48 Saatlik Numune	:
FKÜ değeri	:	Biyotinidaz değeri	:
TSH değeri	:	Uygunsuz Numune	:

olarak bildirilmiştir. Bu sebeple çocuğunuzdan topuk kanı alınması / ilgili kliniğe sevki acil olarak yapılması gerekmektedir.

Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi, Biyotinidaz Eksikliğive Kistik Fibrozis hastalıkları hakkında düzenlenen bu onam belgesinin tamamını okudum veya okundu. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerek bu formu doldururken sağlık ile ilgili her soru sorma ve değerlendirme ve karar verme fırsatı tarafıma verilmiş, risk ve tehlikeler anlatılmıştır.

- Bu hastalık konusunda açıkça bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle bebeğimden **TOPUK KANI ÖRNEĞİNİN ALINMASINA İZİN VERMİYORUM** ve bu formu imzalıyorum.
- Bu hastalık konusunda açıkça bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle bebeğimi **İLGİLİ KLİNİĞE GÖTÜRMEK İSTEMİYORUM** ve bu formu imzalıyorum.

Tarih : ___/___/20___ Saat : ___/___

Aile Sağlığı Elemanı
Adı, Soyadı:
İmza:

Anne / Baba
Adı, Soyadı:
Anne T.C:
İmza:

Aile Hekimi
İmza
Kaşe