



BONIFRATERSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY
40-211 KATOWICE LEOPOLDA MARKIEFKI 87 tel./fax. 32 357 62 69
NIP: 8992919206 REGON: 52133632000137
Kod Resortowy: I cz. 000000249939 V cz. 01 VII cz. 012 VIII cz. 4421

FORMULARZ ZGODY/ BRAKU ZGODY NA SZCZEPLENIE PRZECIWKO GRUŹLICY.

Imię i nazwisko rodzica/przedstawiciela ustawowego:

.....

Nr telefonu

Imię i nazwisko dziecka:

Nr księgi głównej

Data i godz. urodzenia:

Zespół SCID jest bardzo rzadką chorobą (około 5 przypadków rocznie w Polsce) jednak stanowi przeciwwskazanie do szczepienia przeciwko gruźlicy.

Organizatorzy badania przesiewowego w kierunku SCID (Zakład Badań Przesiewowych i Diagnostyki Metabolicznej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie) - informują jedynie o wyniku nieprawidłowym. Jeżeli nie zostaną Państwo o nim poinformowani w ciągu 21 dni od chwili pobrania krwi na bibułkę świadczyć to będzie o tym, że u dziecka nie wykryto SCID badaniem przesiewowym.

Zostałam/em poinformowana/y o planowanym (po 48 godzinie życia) pobraniu badania przesiewowego w kierunku wrodzonego zespołu upośledzonej odporności (SCID) u mojego dziecka.

Wynik badania będzie znany do 21 dnia życia dziecka.

- **W świetle uzyskanych informacji wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw gruźlicy u mojego dziecka teraz, przed otrzymaniem wyniku badania przesiewowego w kierunku SCID.**

Oświadczam, że otrzymałam/em Ulotkę informacyjną dotyczącą SCID (ciężkiego wrodzonego niedoboru odporności).

Podpis rodzica lub przedstawiciela ustawowego	
Podpis oraz pieczętka lekarza	

- **Nie wyrażam zgody na szczepienie mojego dziecka przeciwko gruźlicy przed otrzymaniem informacji o wyniku badania przesiewowego w kierunku SCID.**

Deklaracja rodzica/przedstawiciela ustawowego dotycząca wykonania szczepienia przeciwko gruźlicy po 21 dniach od wykonania testu w kierunku SCID:

Oświadczam, że zgłoszę się na szczepienie przeciwko gruźlicy z moim dzieckiem do wybranej przeze mnie poradni POZ.

Podpis rodzica lub przedstawiciela ustawowego	
Podpis oraz pieczętka lekarza	