Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

Az újszülöttkori PKU szűrés egy speciális vérvizsgálat, mely lehetővé teszi ritka, de súlyos anyagcsere betegségek felismerését. Jelenleg 26 betegség szűrését végzik el, néhány csepp vérből.

Olyan betegségek szűrését végzik, amelyek komoly egészségügyi problémát okozhatnak a gyermeknek, ha nem ismerik fel időben, és nem kezdik el a kezelését azonnal.

A testi és szellemi fejlődés elmaradását, életveszélyes állapotokat, vagy halált okozhatnak. Ezzel szemben a korai felismerés és kezelés megelőzheti, vagy lényegesen csökkentheti a betegség tüneteinek és a súlyos szövődményeknek a kialakulását.

Olyan betegségek szűrésére van lehetőség, amelyek a szervezet energia ellátásában, vagy hormon termelődésben okoznak problémát. (pl.: fenilketonuria, galaktozemia, pajzsmirigy elégtelenség, stb.)

Ha felmerül a gyanú, hogy a gyermeknél probléma van, megfelelő központban lehetőség van a diagnosis pontosítására és a kezelés beállítására.

Magyar biztosítással rendelkező gyermekek részére a vizsgálatot az Országos Egészségügyi Pénztár finanszírozza. Az államközi szerződés Magyarország és Ukrajna között erre a szűrésre nem vonatkozik, így ezt a szülőnek kell kifizetni.

A vizsgálat ára 17.525,- Ft.

Ha bármit részletesebben szeretne tudni, bátran kérdezze meg orvosától!

Kisvárda, év ..... hó ..... nap .....

A tájékoztatót megértettem:

.....
nyilatkozattételre jogosult személy*

***Nyilatkozattételre jogosult személy adatai:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
.....
.....

Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

1. A tájékoztatás birtokában a PKU szűrővizsgálat elvégzéséhez **hozzájárulásomat adom.**

Gyermek neve: …… Szül. idő: …… .

A kórház pénztárába a 17.525 Ft-ot befizetem.

Kóros érték esetén a vizsgálat eredményéről értesítést az alábbi címre kérek:

……

Kisvárda, év ..... hó ..... nap .....

…… ……
orvos aláírása nyilatkozattételre jogosult személy*

***Nyilatkozattételre jogosult személy adatai:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……

2. Cselekvőképességem birtokában és törvényben előírt jogomnál fogva a PKU szűrővizsgálat **elvégzését visszautasítom**.

Gyermek neve: …… Szül. idő: …… .

Kijelentem, hogy a PKU szűrővizsgálat szükségességéről, valamint a vizsgálat elmaradása által okozott következményekről részletes felvilágosítást kaptam, az ebből származó hátrányokat, következményeket magam viselem.

Kisvárda, év ..... hó ..... nap .....

…… ……
orvos aláírása nyilatkozattételre jogosult személy*

***Nyilatkozattételre jogosult személy adatai:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……