



**CONSENSO INFORMATO PER GENITORI**

**父母知情同意书**

**Screening Neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale in Toscana  
在托斯卡纳脊髓性肌萎缩症的新生儿疾病筛查**

Con la presente dichiarazione, da valere come dichiarazione sostitutiva (artt. 46 e 47 del DPR 18.12.2000, n. 445), consapevole/i delle responsabilità e delle sanzioni per attestazioni e false dichiarazioni previste dall'art. 76 del DPR 445 del 2000 e dall'ordinamento penale italiano

通过此须价值为替代声明的声明（2000年12月18日的DPR 第 46 和 47 条，第445号），根据 2000年的DPR第76条、第445号和意大利的刑事法律制度，在虚假文件和声明的情况下，我/我们意识到责任和刑事制裁，

La sottoscritta (madre/tutore) \_\_\_\_\_ nata il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

e

Il sottoscritto (padre/tutore) \_\_\_\_\_ nato il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

del neonato \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ovvero

新生儿 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 的本人

(母亲/法定监护人) \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Timbro Aziendale

居所 \_\_\_\_\_ 地址 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 住所(如果居所与住所不一致) \_\_\_\_\_

和

本人(父亲/法定监护人) \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 居所 \_\_\_\_\_ 地址 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 住所(如果居所与住所不一致) \_\_\_\_\_

或者

ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, la/il sottoscritta/o esercita per la presente procedura la responsabilità genitoriale in modo esclusivo in quanto l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per impedimento, lontananza, incapacità (specificare).....

根据民法典的第317条，为此程序，由于父母中的另一方不能签署知情同意书，本人排他地行使父母职责，因为他/她因障碍、远近、无能缺席(请明确) .....

**DICHIARA/DICHIARANO**

1. di essere stato/i adeguatamente informato/i in merito al programma regionale di screening neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA) e di aver letto e compreso le informazioni specifiche riguardanti tale patologia contenute nell'informativa "Screening neonatale – Guida per i genitori" che mi/ci è stata consegnata;
2. di aver avuto l'opportunità di porre domande al personale medico sugli aspetti genetici della malattia e sulla tipologia, finalità e modalità di svolgimento del test genetico di screening e di aver ricevuto risposte soddisfacenti;

**我/我们声明**

1. 我充分地被告知了脊髓性肌萎缩症(SMA)的新生儿疾病筛查的区域计划，已阅读并理解有关这个疾病的特定信息。给我/我们的“新生儿疾病筛查 – 家长指南”方针包括这个信息；
2. 向医护人员有机会询问有关病毒的遗传方面和遗传疾病筛查的类型、目的和方式的问题，从而获得全面的答案；



**Pertanto DICHIARA/DICHIARANO**

di dare il consenso all'esecuzione del test di screening genetico neonatale per l'Atrofia Muscolare Spinale secondo le modalità del programma regionale.

SI  NO

**所以我/我们声明**

根据区域计划的方法，同意做脊髓性肌萎缩症的新生儿遗传筛查。

是  否

**Nome e Cognome della madre/tutore legale** .....

Data ..... Firma.....

母亲/法定监护人的姓名.....

日期..... 签名.....

**Nome e Cognome del padre/tutore legale**.....

Data ..... Firma.....

父亲/法定监护人的姓名.....

日期 ..... 签名.....

**Il medico che ha fornito le informazioni e raccoglie la dichiarazione**

Nome e Cognome.....

Struttura organizzativa di ..... Ospedale di.....

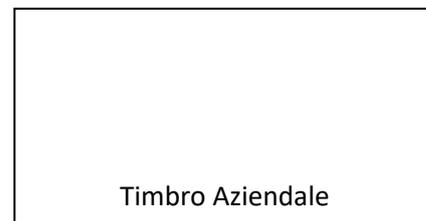
Data ..... Ora .....

Firma .....

**提供信息也收集声明的医生**

姓名.....

.....的组织机构 ..... 医院



日期 ..... 时间 .....

签名 .....

**Il mediatore culturale (se intervenuto)**

Nome e Cognome (in stampatello).....

Data .....Firma.....

**文化中介者 (如果他/她调停)**

姓名 (大写字母).....

日期 ..... 签名.....