



МОСКВА  
2022



# РЕАЛИЗАЦИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО И РАСШИРЕННОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В МОСКВЕ

---

Докладчик:

**Витковская Ирина Петровна**

Коллектив авторов:

Печатникова Н.Л., Кекеева Т.Н.,  
Шубина Ю.Ф., Витковская И.П.

# ИСТОРИЯ (НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА)

- **ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ  
ОТ 22.03.2006 № 185**  
**«О МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ  
НОВОРОЖДЕННЫХ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ»**

**Положение об организации проведения  
массового обследования  
новорожденных детей на  
наследственные заболевания**

- **ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ  
ОТ 15.11.2012 № 917Н**  
**«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С ВРОЖДЕННЫМИ И (ИЛИ)  
НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»**

**Правила организации деятельности  
медико-генетического центра**

# НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СЕГОДНЯ

- ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ  
**ОТ 22.03.2006 № 185**  
«О МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ  
НОВОРОЖДЕННЫХ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ»

- ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ  
**ОТ 15.11.2012 № 917Н**  
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА  
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С ВРОЖДЕННЫМИ И (ИЛИ)  
НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

- ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ  
**ОТ \_\_\_12.2022 № \_\_\_\_\_**  
«О МАССОВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ  
НОВОРОЖДЕННЫХ НА ВРОЖДЕННЫЕ  
И (ИЛИ) НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

- ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ  
**ОТ 21.04.2022 № 274Н**  
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ  
С ВРОЖДЕННЫМИ И (ИЛИ)  
НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»  
**(ДОКУМЕНТ ВСТУПАЕТ В СИЛУ 01.01.2023)**

# ИСТОРИЯ (НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА МОСКВЫ)

- ПРИКАЗ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ  
ОТ 12.03.2015 № 183

«О совершенствовании деятельности  
медицинских организаций  
государственной системы  
здравоохранения города Москвы по  
проведению массового обследования  
новорожденных детей на  
наследственные заболевания  
(неонатального скрининга)»

- ПРИКАЗ  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ  
ОТ \_\_12.2022 № \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_»

**(ДОКУМЕНТ НАХОДИТСЯ НА  
СОГЛАСОВАНИИ в ДЗМ)**

# ЧТО ТАКОЕ СКРИНИНГ? КАКОЙ БЫВАЕТ СКРИНИНГ?

## • НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

– это массовое (безотборное) обследование новорожденных детей на **5 наследственных заболеваний**

## • РАСШИРЕННЫЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

– это массовое (безотборное) обследование новорожденных детей на **31 наследственное заболевание**

## ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ:

- **РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ** заболевания
- **СВОЕВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ**
- **ПРОФИЛАКТИКИ** инвалидности и развития тяжелых клинических последствий

## НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

# 5

## ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЙ АНАЛИЗ

1. **Классическая фенилкетонурия** - E70.0 МКБ-10,  
**Фенилкетонурия** - E70.1 МКБ-10
2. **Врожденный гипотиреоз с диффузным зобом** - E03.0 МКБ-10,  
**Врожденный гипотиреоз без зоба** - E03.1 МКБ-10
3. **Кистозный фиброз неуточненный** - E84.9 МКБ-10 (муковисцидоз)
4. **Нарушение обмена галактозы** - E74.2 МКБ-10 (галактоземия)
5. **Адреногенитальное нарушение неуточненное** - E25.9 МКБ-10  
(адреногенитальный синдром),  
**Адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов** - E25.0 МКБ-10

## РАСШИРЕННЫЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

# 31

### Метод тандемной масс-спектрометрии (ТМС)

1. Недостаточность других уточненных витаминов группы В - E53.8 МКБ-10 (дефицит биотинидазы (дефицит биотин-зависимой карбоксилазы)
2. Недостаточность синтетазы голокарбоксилаз (недостаточность биотина)
3. Другие виды гиперфенилаланиемии - E70.1 МКБ-10 (дефицит синтеза биоптерина (тетрагидробиоптерина)
4. Дефицит реактивации биоптерина (тетрагидробиоптерина)
5. Нарушения обмена тирозина - E70.2 МКБ-10 (тирозинемия)
6. Болезнь с запахом кленового сиропа мочи (болезнь "кленового сиропа") - E71.0 МКБ-10
7. Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью - E71.1 МКБ-10 (пропионовая ацидемия)
8. Метилмалоновая метилмалонил коа-мутаза (ацидемия метилмалоновая)
9. Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина А)
10. Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина В)
11. Метилмалоновая ацидемия (дефицит метилмалонил коа-эпимеразы)
12. Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина D)
13. Метилмалоновая ацидемия (недостаточность кобаламина С)
14. Изовалериановая ацидемия (ацидемия изовалериановая)
15. 3-гидрокси-3-метилглутаровая недостаточность
16. Бета-кетотиолазная недостаточность
17. Нарушения обмена жирных кислот - E71.3 МКБ-10 (первичная карнитиновая недостаточность)
18. Среднецепочечная ацил-коа дегидрогеназная недостаточность;
19. Длинноцепочечная ацил-коа дегидрогеназная недостаточность (дефицит очень длинной цепи ацил-коа-дегидрогеназы (VLCAD)
20. Очень длинноцепочечная ацил-коа дегидрогеназная недостаточность (дефицит очень длинной цепи ацил-коа-дегидрогеназы (VLCAD)
21. Недостаточность митохондриального трифункционального белка
22. Недостаточность карнитинпальмитоилтрансферазы, тип I
23. Недостаточность карнитин пальмитоилтрансферазы, тип II
24. Недостаточность карнитин/ацилкарнитинтранслоказы; нарушения обмена серосодержащих аминокислот - E72.1 МКБ-10 (гомоцистинурия)
25. Нарушения обмена цикла мочевины - E72.2 МКБ-10 (цитруллинемия, тип I; аргиназная недостаточность)
26. Нарушения обмена лизина и гидроксилизина - E72.3 МКБ-10 (глутаровая ацидемия, тип I)
27. Глутаровая ацидемия, тип II (рибофлавин - чувствительная форма)
28. Классическая фенилкетонурия - E70.0 МКБ-10<4>; фенилкетонурия В - E70.1 МКБ-10

### Молекулярно-генетический метод (ПЦР)

29. Детская спинальная мышечная атрофия, I тип (вердинга-гоффмана) - G12.0 МКБ-10
30. Другие наследственные спинальные мышечные атрофии - G12.1 МКБ-10
31. Первичные иммунодефициты - D80 - D84 МКБ-10

# КАКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ УЧАСТВУЮТ В НС И РНС СКРИНИНГ? КТО БЕРЕТ КРОВЬ НА СКРИНИНГ?

## 5

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ  
ЦЕНТР**

1. ГБУЗ «ГКБ им С.С. Юдина ДЗМ»
2. ГБУЗ «ГКБ №67 им Л.А. Ворохобова ДЗМ»
3. Филиал ГБУЗ «ММКЦ “Коммунарка” ДЗМ»
4. ГБУЗ «ГКБ им М.П Кончаловского ДЗМ»
5. ГБУЗ «ГКБ №29 им Н.Э. Баумана ДЗМ»

## 9

**ДЕТСКАЯ  
БОЛЬНИЦА**

1. ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
2. ГБУЗ «ДГКБ №9 им Г.Н.Сперанского ДЗМ»
3. ГБУЗ «ДГКБ им Н.Ф. Филатова ДЗМ»
4. ГБУЗ «ДГКБ им З.А. Башляевой ДЗМ»
5. ГБУЗ «ДГКБ св.Владимира ДЗМ»
6. ГБУЗ «ДИКБ №6 ДЗМ»
7. ГБУЗ «НПЦ МПД им В.Ф. Воино-Ясенецкого ДЗМ»
8. ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»
9. Филиал ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

## 14

**АКУШЕРСКИЙ  
СТАЦИОНАР**

1. ГБУЗ «ЦПСИР ДЗМ»
2. Филиал №4 ГБУЗ «ЦПСИР ДЗМ»
3. ГБУЗ «ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ», Род.отд.
4. ГБУЗ «ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗМ»
5. ГБУЗ «ГКБ им Ф.И. Иноземцева ДЗМ»
6. Филиал «ГКБ им Ф.И. Иноземцева ДЗМ»
7. Филиал ГБУЗ «ГКБ №52 ДЗМ»
8. Филиал ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ»
9. Филиал ГБУЗ «ГКБ им. В.П. Демихова ДЗМ»
10. Филиал №1 ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ»
11. ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗМ», Род. дом
12. ГБУЗ «ГКБ им Е.О. Мухина ДЗМ»
13. ГБУЗ «ИКБ №2 ДЗМ»
14. Клиника 2 ГБУЗ «НПЦ БТ ДЗМ»

## 7

**ПРОЧИЕ МО**

1. НЦССХ им. Бакулева
2. ЦКБ УДП РФ
3. ЦПСИР
4. ФГБУ «НМИЦАГиП им. В.И.Кулакова»
5. Клиника «Мать и дитя» (Лапино)
6. ФГАУ «ННПЦЗД МИНЗДРАВА РОССИИ» (РАМН)
7. ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

## 55

**ДЕТСКАЯ  
ПОЛИКЛИНИКА**

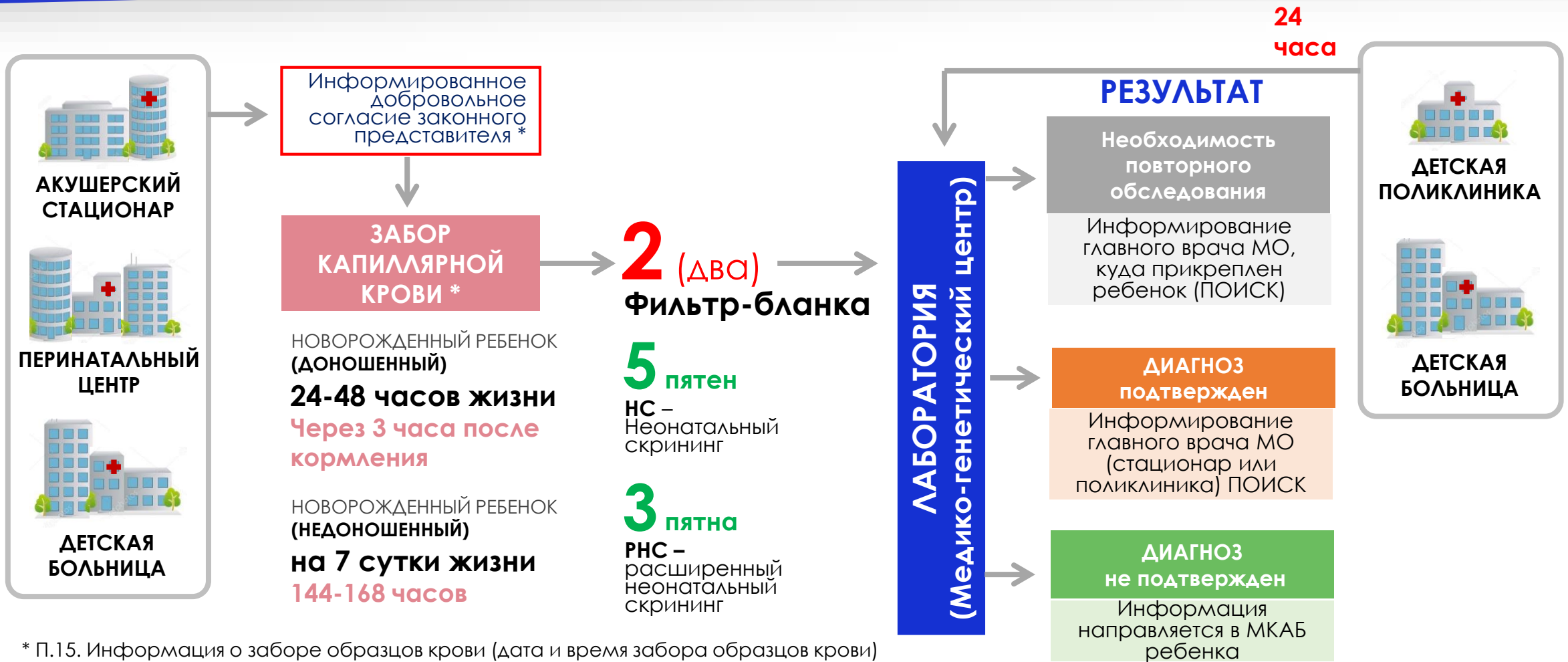


**ЗАБОР КРОВИ НА СКРИНИНГ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ ОТВЕТСТВЕННОЕ ЛИЦО,  
в той медицинской организации, где по срокам взятия крови находится  
ребенок**



# СХЕМА ВЗЯТИЯ КРОВИ ПРИ НС И РНС (ОБЩИЕ ПРАВИЛА)

## С 01.01.2023



\* П.15. Информация о заборе образцов крови (дата и время забора образцов крови) вносится в карту развития ребенка и выписной эпикриз.

# МАССОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ. **КАК БЕРЕМ КРОВЬ?**



## **ВЗЯТИЕ КРОВИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ ПРОВОДИТСЯ С СОБЛЮДЕНИЕМ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКИХ НОРМ,**

в асептических условиях,  
используя одноразовые иглы-скарификаторы  
и перчатки, предварительно обработав кожу в  
месте прокола раствором антисептика

## **ДОНОШЕННЫЙ**

**24-48 часов жизни**  
через 3 часа после  
кормления

## **НЕДОНОШЕННЫЙ**

**на 7 сутки жизни**  
**144-168 часов**



- Образец должен быть взят перед трансфузионной терапией или ЭКМО
- Если образец не был взят до введения трансфузионных средств, кровь берется не ранее чем через 48-72 часа после трансфузии
- Дата и время окончания последней трансфузии или ЭКМО должны быть указаны при формировании бланка-направления

# МАССОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ. КАК БЕРЕМ КРОВЬ?



- 1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО СОГРЕТЬ СТОПУ РЕБЕНКА,** при необходимости перед процедурой обернуть стопу салфеткой, смоченной теплой водой (не выше 42 градусов) на 1 – 2 минуты, затем протереть область пункции стерильной салфеткой, смоченной 70% спиртом

**ВО ИЗБЕЖАНИЕ ГЕМОЛИЗА КРОВИ ОБРАБОТАННОЕ МЕСТО СЛЕДУЕТ ПРОМОКНУТЬ СУХОЙ СТЕРИЛЬНОЙ САЛФЕТКОЙ.**

Взятие крови у ребенка с признаками нарушения микроциркуляции и терморегуляции может привести к искажению результатов неонатального скрининга вследствие нарушения технологии забора крови



- 2. МЕСТО ПРОКОЛА ДОЛЖНО БЫТЬ РАСПОЛОЖЕНО** медиально от линии, проведенной от большого пальца до пятки, или латерально от линии, проведенной от мизинца до пятки (заштрихованная область — обозначена «Да») **ГЛУБИНА ПУНКТИРОВАНИЯ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ 2-5 ММ**

- 3. ЕСЛИ У РЕБЕНКА НЕТ КРОВОТЕЧЕНИЯ, СДЕЛАЙТЕ ВТОРОЙ ПРОКОЛ НА ДРУГОЙ ЧАСТИ** той же стопы или на другой стопе

# МАССОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ. КАК ВЫГЛЯДИТ ФИЛЬТР-БЛАНК?

## НОВЫЕ ФИЛЬТР-БЛАНКИ

КАРТА ДЛЯ ЗАБОРА И ТРАНСПОРТИРОВКИ  
БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА  
Не использовать в случае повреждения  
Не касаться области нанесения образцов  
Вариант нанесения карты с 4-ю кругами

903 LOT

Условия хранения:  
хранить при температуре +2 - +25°C,  
относительной влажности не более 85%,  
в защищенном от света месте

SN

ФИО матери

№ регистрации родов

Дата родов Дата взятия крови Пол

Донорен (да/нет) Срок гестации, неделя Вес, грамм

Особые клинические состояния

Телефон матери

Адрес проживания ребенка

Адрес прописки

Код медицинского учреждения ФИО взявшего кровь

1. Кровь берется обычным способом, стерильным скарификатором из пальца или пятки, ладающей каплей, не касаясь бланка. Важно, чтобы пятно крови на бумаге было образовано пропитыванием от одной капли, а пропитывание бумаги было достаточным (вид пятна одинаков с обеих сторон).

2. Полученные пятна крови высушивают в течение 2-3 часов в горизонтальном положении при комнатной температуре (+18 - +25°C), избегая попадания прямых солнечных лучей.

3. Размер влажнов пропитанного кровью кружка должен быть в диаметре не менее 12 мм.

4. Тактс кружков (пятен) должно быть не менее четырех.

5. Образцы крови, наносимые на фильтрованную бумагу, не должны содержать ЭТА во избежание искажения результатов анализа.

РУ № РЗН 2017/6431 от 03.11.2017 года  
ТУ 9398-001-63802255-2016

Производитель: ООО «Гринван»

125362, Москва, +7 495 640 39 41  
ул. Водников, д. 2, стр. 16 info@green-van.ru

## СТАРЫЕ ФИЛЬТР-БЛАНКИ

(использование старых фильтр-бланков не запрещено)

первичный (✓)  **Заполнять печатными буквами** повторный (✓)

НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ № истории родов/карты

Отделение Дата взятия Дата родов

Контактный телефон

ФИО матери пол (✓) Кол-во плодов

М Ж

ФИО ребенка Срок беременности Вес

АДРЕС

Сотовый Контактный телефон родителей Домашний

Электронная почта

Согласие на обработку данных (✓)  Да / Нет

Указать причину повтора:

Подозрение на (✓):

АГС

ВГ

ГАО

МКВ

ФКУ

Недоношенный (✓)

Другое

Проводилось ли ребенку переливание крови (✓)

Да Нет Если да - Дата переливания

Анамнез ребенка

**Многоплодная беременность:**

одноплодная, двойная, тройная

1/1 одноплодная

1/2 двойная первый

2/2 двойная второй

1/3 тройная первый и т.д.

**Сбор образцов крови:**

- Образцы крови должны забираться на 4-5 сутки для доношенных и на 7 сутки для недоношенных.
- Каждая капля крови должна пропитать пастозный бланк при нанесении крови только с одной стороны. Капли могут быть больше чем кружки, но ни в коем случае не меньше.
- Высушить на воздухе до помещения в конверт для транспортировки.

Регистрация 226  
LOT 14088 / 30449016

Срок годности  
2026-02-28



# МАССОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ. КАК ЗАПОЛНЯЕМ ФИЛЬТР-БЛАНК?



**ФИЛЬТР-БЛАНКИ ЗАПОЛНЯЮТСЯ РАЗБОРЧИВО  
ШАРИКОВОЙ РУЧКОЙ (ЧЕРНОГО ИЛИ СИНЕГО ЦВЕТА),  
НЕ ЗАТРАГИВАЯ ПЯТЕН КРОВИ!**

Заполняются соответствующие поля печатными буквами

Условия хранения:  
хранить при температуре +2 - +25°C,  
относительной влажности не более 85%,  
в защищенном от света месте

ФИО матери

№ регистрации родов

Дата родов

Дата взятия крови

Пол

Доношен (да/нет)

Срок гестации, неделя

Вес, грамм

Особые клинические состояния

Телефон матери

Адрес проживания ребенка

Адрес прописки

Код медицинского учреждения

ФИО взявшего кровь

- 1) Фамилия, имя, отчество матери новорожденного
- 2) Номер регистрации родов с обязательным указанием номера медицинского свидетельства о рождении!
- 3) Дата и время родов новорожденного;
- 4) Дата и время забора образцов крови у новорожденного
- 5) Пол новорожденного
- 6) Доношенность (Да/Нет)
- 7) Срок гестации, на котором произошли роды (полных акушерских недель/дней)
- 8) Масса тела новорожденного в граммах
- 9) Особые клинические состояния
- 10) Контактный телефон матери новорожденного, адрес проживания новорожденного, указывается: адрес места жительства (постоянной регистрации) матери/законного представителя ребенка, кроме того в случае регистрации рождения в городе Москве (свидетельство о рождении получено в родильном доме) через 1 клетку ставится отметка "Р"
- 11) Адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) и адрес фактического проживания матери новорожденного
- 12) Код медицинской организации
- 13) Фамилия, имя, отчество медицинского работника, производившего забор образцов крови у новорожденного

# МАССОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НС И РНС (БЛАНКИ)

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ

### на проведение неонатального и расширенного неонатального скрининга



Копия отказа от проведения исследования направляется в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

#### Информированное согласие/отказ на проведение неонатального и расширенного неонатального скрининга

Я, \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р.,  
Ф.И.О. законного представителя (печатными буквами)  
зарегистрированная \_\_\_\_\_ по  
адресу \_\_\_\_\_,  
фактически проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается, если не совпадает с местом регистрации)  
телефон для связи \_\_\_\_\_  
даю свое информированное согласие на проведение скринингового исследования и в случае необходимости подтверждающей диагностики новорожденного на муковисцидоз, аденогенитальный синдром, врожденный гипотиреоз, дефицит **биотинидазы, галактоземия**, наследственные заболевания обмена веществ (НБО), спинальную мышечную атрофию (СМА), первичные иммунодефициты (ПИД), далее скрининговые исследования (в случае отказа от обследования на какое-либо заболевание вычеркнуть его из списка).  
Я даю свое согласие на получение результатов скрининговых исследований следующему (-ым) лицу (-ам): \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (печатными буквами), дата рождения, номер телефона для связи

Я получила экземпляр документа «Памятка о неонатальном и расширенном неонатальном скрининге для родителей новорожденных детей» вместе с Информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство и обработку персональных данных пациента.

Я прочитала «Памятку о неонатальном и расширенном неонатальном скрининге для родителей новорожденных детей» и перешла по **QR**-коду посмотрела видеоматериалы размещенные на сайте ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» о скрининговом исследовании и подтверждаю, что мне понятно значение всех терминов и информации, изложенной в Памятке и на сайте.

Я была проинформирована о порядке проведения скрининговых исследований, ограничениях и сроках готовности результата.

Я имела возможность обсудить со специалистом медицинского учреждения, где будет осуществляться забор крови все интересующие меня вопросы о скрининговом исследовании и получила удовлетворяющие меня, исчерпывающие и однозначные ответы.

Я информирована, что в случае высокого риска наличия заболевания у моего ребенка в результате скринингового исследования необходимо проведение дополнительных подтверждающих исследований, что потребует повторного взятия образца крови (тест-бланк и/или цельной крови) и/или образца мочи у моего ребенка, а также при некоторых заболеваниях у требуются образцы крови родителей ребенка.

Я даю свое согласие на использование для проведения скринингового исследования образцов пятен крови моего ребенка на специальном тест-бланке для проведения неонатального скрининга.

Я осознаю, что **исследование может быть** не проведено (о чем я буду информирована) или его результаты могут быть недостоверными вследствие ограничений методов, и обговорила с лечащим врачом все вероятные риски, которые могут быть с этим связаны.

Я предупреждена о том, что в редких случаях может потребоваться повторное взятие крови на тест-бланк и/или цельной крови.

Я даю свое согласие на предоставление результатов скринингового исследования при выявлении высокого риска заболевания специалистам медико-генетической консультации и/или детской поликлиники или стационара по месту пребывания ребенка, а также главным специалистам по профилю заболевания.

Я даю свое согласие на обработку\* моих персональных данных и персональных данных ребенка (ФИО, паспортные данные или данные свидетельства о рождении, дата рождения, информация о состоянии здоровья, результаты исследования) и предоставление их специалистам Медико-генетического отделения (Московский центр неонатального скрининга) ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» консультации и/или детской поликлиники или стационара по месту пребывания ребенка.

В случае выявления высокого риска наличия или при подтверждении заболевания со мною смогут связаться специалисты Медико-генетического отделения (Московский центр неонатального скрининга) ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» и/или детской поликлиники или стационара по месту пребывания ребенка:

по электронной почте e-mail: \_\_\_\_\_

по телефону \_\_\_\_\_

При этом я предупреждена о возможных рисках, существующих при отправке Заключения о результатах проведенного исследования по электронной почте, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе её пересылки, а также в результате указания неправильного адреса электронной почты;
- существует вероятность неполучения информации по различным причинам, которые не зависят от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройка и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины).

Настоящим я обязуюсь не предъявлять претензий к специалистам Медико-генетического отделения (Московский центр неонатального скрининга) ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» и/или детской поликлиники или стационара по месту пребывания ребенка при даче мной согласия на получение результатов исследования по электронной почте при возникновении вышеуказанных ситуаций, а также при недоступности связи по указанному (-ым) мной номеру (-ам) телефона (-ов) для связи.

Я полностью понимаю суть изложенного выше текста, не имею претензий к специалисту (медицинскому работнику) относительно доступности и объема предоставленной мне информации.

Я лично ознакомилась, поняла и согласна с условиями вышеуказанного документа.

\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ подпись родителя или представителя пациента \_\_\_\_\_ фамилия, инициалы

\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ подпись медицинского работника \_\_\_\_\_ должность, фамилия, инициал

Печать МО

# 10. ГДЕ УЗНАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О СКРИНИНГЕ?

На официальном сайте «ГБУЗ Морозовской ДГКБ» создан раздел с постоянно актуализируемой информацией по всем аспектам касающимся неонатального и расширенного неонатального скрининга

[moroz-dgkb.ru/screening](https://moroz-dgkb.ru/screening)

The screenshot shows the website interface for the Morozovskaya Children's City Clinical Hospital. At the top left is the hospital's logo and name: «МОРОЗОВСКАЯ Детская городская клиническая больница». A search bar with the placeholder text «Введите свой запрос» and a red search button is located to the right. Further right is a «Войти» button. Below the header is a navigation menu with items: «НОВОСТИ», «ПАЦИЕНТАМ», «ОБРАЗОВАНИЕ», «ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ», and «О НАС». On the right side of the menu, there are phone numbers: «+7 (495) 959-88-00» and «+7 (495) 959-88-03», along with an information icon. The main content area is divided into two columns. The left column contains a list of links: «Неонатальный скрининг и расширенный неонатальный скрининг», «Специалисты», «Информация о Центре», «Контакты», «Нормативно-правовая база», «Оказываемые услуги», «Информация для медицинского персонала» (highlighted in blue), «Дата и время приема», and «Информация для родителей». The right column features a large white box with the heading «Информация для медицинского персонала».

<https://moroz-dgkb.ru/screening>

**Вносится в адресную строку**

**НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ  
ПЕРВЫЙ АНАЛИЗ НОВОРОЖДЕННОГО**

**ОТ НЕГО ЗАВИСИТ ЖИЗНЬ И  
ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА**

**СПАСИБО  
ЗА ВНИМАНИЕ!**

*Болезнь перестает быть редкой,  
когда касается самого близкого человека*



<https://moroz-dgkb.ru/screening>