……………………………………….

 /miejsce i data/

Ośrodek zlecający:

……………………………….

/pieczątka/

Instytut Matki i Dziecka

Ul. Kasprzaka 17a

01-211 Warszawa

Zakład Badań Przesiewowych

i Diagnostyki Metabolicznej

Zwracam się z prośbą o wydanie jednej kropli krwi z bibuły przesiewowej o numerze:……………………dziecka:………………………………………………………………PESEL matki: ………………………………….. urodzonego w dniu……………………. w szpitalu……………………………………………………

………………………………………………..

/pieczątka i podpis lekarza prowadzącego/

**Pisemna zgoda opiekuna prawnego**

Ja niżej podpisana (y) ……………………………………………..PESEL………………………….

wyrażam zgodę na wydanie do badań w Pracowni Biologii Molekularnej IPCZD w kierunku cytomegalii wrodzonej jednej kropli krwi (krążka) z bibuły przesiewowej mojego dziecka …………………………………………………………urodzonego w dniu…………………………..

………………………………………………..

/data i podpis opiekuna prawnego/