

رفض الموافقة على فحص حديثي الولادة

أنا نحن، _____ الوالد / ولي الأمر / الوصي

أسم الوالد الوصي

 ولد في _____
 تاريخ الولادة

أسم المريض

مكان الولادة

أنا أرفض أخذ دم من طفلي لتحديد ما إذا كان الطفل/الطفلة يعاني من حالة صحية يمكن أن تسبب الوفاة أو العجز أو المرض. حيث تتضمن الحالات التي سيتم اختبارها " الثلاثة والثلاثين حالة المذكورة أدناه". ولقد أوضح قسم الصحة في فيرمونت بأنه يوصي باختبار جميع الأطفال لهذه الحالات في فترة المواليد الجدد.

3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency (3MCC)
 3-OH 3-CH3 glutaric aciduria (HMG)
 Argininosuccinic acidemia (ASA)
 Beta-ketothiolase deficiency (BKT)
 Biotinidase deficiency (BIOT)
 Carnitine uptake defect (CUD)
 Citrullinemia (CIT)
 Congenital adrenal hyperplasia (CAH)
 Congenital hypothyroidism (HYPOTH)
 Cystic fibrosis (CF)
 Galactosemia (GALT)
 Glutaric acidemia type I (GA I)
 Hb S/Beta-thalassemia (Hb S/Th)
 Hb S/C disease (Hb S/C)
 Homocystinuria (HCY)
 Isovaleric acidemia (IVA)
 Long-chain L-3-OH acyl-CoA dehydrogenase deficiency (LCHAD)

Maple syrup urine disease (MSUD)
 Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (MCAD)
 Methylmalonic acidemia (Cbl A, B)
 Methylmalonic acidemia (MUT)
 Mucopolysaccharidosis type I (MPS I)
 Multiple carboxylase deficiency (MCD)
 Phenylketonuria (PKU)
 Pompe disease
 Propionic acidemia (PROP)
 Severe Combined Immunodeficiency (SCID)
 Sick cell anemia (SCA)
 Spinal muscular atrophy (SMA)
 Trifunctional protein deficiency (TFP)
 Tyrosinemia type I (TYR I)
 Very long-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (VLCAD)
 X-linked adrenoleukodystrophy (X-ALD)

هناك أنواع أخرى من اختبارات الفحص والتي تشمل فحص فقدان السمع وقياس التأكسج النبضي لفحص أمراض القلب الخلقية الحرجة.

~ لقد تم إبلاغي / إبلاغنا بأن الإجراء يتضمن وخزة في الكعب للحصول على الدم للاختبار.

~ لقد أتيت لنا الفرصة لمناقشة فحص حديثي الولادة مع طبيب أطفالنا أو طاقم التمريض في المستشفى أو غيره من مقدمي الرعاية ولقد تم الرد على جميع أسئلتنا بما يرضينا.

~ أنا / نحن نفهم كذلك أنه إذا كان لدى طفلي حالة من هذه الحالات ، و إذا لم يتم تشخيص هذه الحالة في فترة المواليد الجدد ، فإن خطر تعرض طفلي لمشاكل صحية ، بما في ذلك الإعاقة الذهنية و / أو الوفاة ، قد يكون مرتفعاً للغاية.

أنا / نحن نقر بأن هذا النموذج سوف يتم إيداعه في السجل الطبي لطفلي وسيتم إرسال نسخ إلى مزود رعاية الطفل التابع لنا و لقسم الصحة في فيرمونت.

توقيع الوالد / ولي (أولياء) الأمر

التاريخ

توقيع الشاهد

التاريخ

تعليمات:

1. يجب إكمال هذا النموذج لجميع الأطفال الرضع عندما يرفض الوالد / ولي الأمر (الوصي) فحص حديثي الولادة. يجب أن يتم حفظ النسخة الأصلية الموقعة منه في سجلات الرضيع الطبية أو في حالة المواليد في المنزل ،سيكون في السجل الذي يحتفظ به القائمون على الولادة.

2. يجب إرسال صور فوتوغرافية إلى موفر الرعاية الأولية للرضيع وإلى برنامج فحص الأطفال حديثي الولادة في فيرمونت على صندوق البريد 70 108 Cherry St., Burlington, VT 05402 ، ويرجى الاتصال على (802)951-5180 للمزيد من الاسئلة.