VERMONT
DEPARTMENT OF HEALTH

လူမှုဝန်ဆောင်မှုများဌာန
မိခင်နှင့်ကလေးကျန်းမာရေးဌာနခွဲ
အထူးကျန်းမာရေးလိုအပ်ချက်များရှိသည့်ကလေးများ
ဗားမောင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးမှုအစီအစဉ်

မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးမှုကို ခွင့်ပြုရန် ငြင်းဆိုခြင်း

________________________________၌ ____________________________________တွင် မွေးဖွားသည့်
မွေးသည့်နေရာ (Place of birth) မွေးသည့်ရက်စွဲ (Date of birth)
_________________________ ၏ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ(များ) ဖြစ်သည့် ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့သည် ______________________________
မွေးကင်းစကလေး၏အမည် (Infant's name) မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ(များ) (parent/guardian(s))

ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးတွင် သေဆုံးမှု၊ မသန်စွမ်းမှု၊ သို့မဟုတ် နာမကျန်းမှုတို့ ဖြစ်စေနိုင်သော ကျန်းမာရေးအခြေအနေတစ်ရပ် ရှိမရှိ ဆုံးဖြတ်ရန် ၎င်းအား သွေးဖောက်ရန် ငြင်းဆိုပါသည်။ စမ်းသပ်မည့်ကျန်းမာရေးအခြေအနေများတွင် အောက်ပါအခြေအနေ သုံးဆယ့်သုံးခုပါဝင်ပါသည်။ မွေးကင်းစကာလတွင် ကလေးအားလုံးကို ဤကျန်းမာရေးအခြေအနေများအတွက် စစ်ဆေးရန် ဗားမောင့်ကျန်းမာရေးဌာနမှ အကြံပြုကြောင်း ရှင်းပြပြီးပါပြီ။

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)
Sickle 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)

အခြားစမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုများတွင် နားထိုင်းခြင်းနှင့် အရေးကြီးသည့် မွေးရာပါနှလုံးရောဂါအတွက်စစ်ဆေးရန် သွေးအတွင်း အောက်စီဂျင်တိုင်းတာခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။

~စမ်းသပ်မှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွက် ခြေဖနောင့်မှ သွေးရယူခြင်းပါဝင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့ကို အသိပေးပြီးပါပြီ။
~ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့ကလေး၏ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံမှသူနာပြုဝန်ထမ်းများ၊ သို့မဟုတ် အခြားစောင့်ရှောက်ပေးသူများနှင့် မွေးကင်းစ စစ်ဆေးမှုအကြောင်း ဆွေးနွေးခွင့် ရရှိခဲ့ပြီး ကျွန်ုပ်တို့မေးစရာရှိသည်များကို ကျွန်ုပ်တို့ကျေနပ်သည်အထိ ဖြေဆိုပေးခဲ့ပါသည်။
~ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးတွင် ဤအခြေအနေတစ်ရပ်ရှိပြီး၊ မွေးကင်းစကာလတွင် ဤရောဂါကို ရှာဖွေတွေ့ရှိခဲ့ခြင်း မရှိပါက၊ အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာ မဖွံ့ဖြိုးမှုများနှင့်/သို့မဟုတ် သေဆုံးမှုအပါအဝင် ကျန်းမာရေးပြဿနာများရှိရန် ကျွန်ုပ်တို့ကလေးတွင် အလားအလာ အလွန်မြင့်မားနိုင်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။
~ဤပုံစံကို ကျွန်ုပ်တို့ကလေး၏ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းတွင် သိမ်းဆည်းထားပြီး၊ ကျွန်ုပ်တို့ကလေးကို စောင့်ရှောက်ပေးသူနှင့် ဗားမောင့် ကျန်းမာရေးဌာနတို့ထံ မိတ္တူများပေးပို့မည်ကိုလည်း ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့ အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

____
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ(များ)၏လက်မှတ် ရက်စွဲ

____
သက်သေ၏လက်မှတ် ရက်စွဲ

ညွှန်ကြားချက်များ-
၁။ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ(များ)မှ မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရန် ငြင်းဆိုသည့်အခါ မွေးကင်းစကလေးအားလုံးအတွက် ဤပုံစံကိုဖြည့်ရပါမည်။ လက်မှတ်ထိုးထားသည့်မူရင်းကို ကလေး၏ ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများ သို့မဟုတ် အိမ်တွင်မွေးဖွားပါက မွေးဖွားပေးသည့်ဝမ်းဆွဲထားရှိသည့် မှတ်တမ်းတွင် သိမ်းဆည်းထားရပါမည်။
၂။ မိတ္တူများကို မွေးကင်းစကလေး၏ ကျန်းမာရေးအဓိကကုသပေးသူထံနှင့် P.O. Box 70, 108 Cherry St., Burlington, VT 05402 ရှိ (ဗားမောင့် မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးမှု အစီအစဉ်) the Vermont Newborn Screening Program ထံသို့ ပို့ရပါမည်။ မေးစရာများရှိပါက (802) 951-5180 ကို ဖုန်းဆက်ပါ။

၂၀၁၉/၀၄ တွင် ပြုပြင်ရေးသားသည်