

رفض الموافقة على تكرار فحص حديثي المواليد

انا نحن، _____، الوالد / ولي الأمر / الوصي
اسم الوالد / الوصي (الوصي)

في

ولد في _____، مكان الولادة _____
اسم الرضيع _____ تاريخ ولادة الطفل _____

نحن نرفض بأن يتم أخذ عينة دم من طفلنا لغرض تحديد ما إذا كان الطفل يعاني من حالة صحية يمكن أن تسبب الوفاة أو العجز أو المرض. ونحن نفهم أن العينة الأولية التي تم الحصول عليها لم تكن مرضية للاختبار و أشارت إلى الحاجة إلى تكرار الفحص. تتضمن الشروط التي تم اختبارها الشروط الثلاثة والثلاثين المذكورة أدناه. وأنا أدرك / نفهم أن قسم الصحة في فيرمونت يوصي بفحص جميع الأطفال لهذه الحالات في فترة المواليد الجدد..

3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency (3MCC)	Maple syrup urine disease (MSUD)
3-OH 3-CH3 glutaric aciduria (HMG)	Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (MCAD)
Argininosuccinic acidemia (ASA)	Methylmalonic acidemia (Cbl A, B)
Beta-ketothiolase deficiency (BKT)	Methylmalonic acidemia (MUT)
Biotinidase deficiency (BIOT)	Mucopolysaccharidosis type I (MPS I)
Carnitine uptake defect (CUD)	Multiple carboxylase deficiency (MCD)
Citrullinemia (CIT)	Phenylketonuria (PKU)
Congenital adrenal hyperplasia (CAH)	Pompe disease
Congenital hypothyroidism (HYPOTH)	Propionic acidemia (PROP)
Cystic fibrosis (CF)	Severe Combined Immunodeficiency (SCID)
Galactosemia (GALT)	Sickle cell anemia (SCA)
Glutaric acidemia type I (GA I)	Spinal muscular atrophy (SMA)
Hb S/Beta-thalassemia (Hb S/Th)	Trifunctional protein deficiency (TFP)
Hb S/C disease (Hb S/C)	Tyrosinemia type I (TYR I)
Homocystinuria (HCY)	Very long-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (VLCAD)
Isovaleric acidemia (IVA)	X-linked adrenoleukodystrophy (X-ALD)
Long-chain L-3-OH acyl-CoA dehydrogenase deficiency (LCHAD)	

حيث تشمل أنواع أخرى من اختبارات الفحوص التي يمكن إجراؤها في المنزل أو المستشفى مثل فحص السمع والتأكسج النبضي لفحص أمراض القلب الخلقية الحرجة. ~ لقد قرأت / قرأنا الكتيب المقدم من برنامج فحص حديثي الولادة التابع لقسم الصحة في فيرمونت و نحن نفهم أن قسم الصحة يوصي باختبار جميع الأطفال لمعرفة هذه الحالات في فترة حديثي الولادة.

~ أنا / نحن نفهم أن برنامج فحص الأطفال حديثي الولادة في فيرمونت يوصي بإجراء اختبار المتابعة لأن الاختبار الذي تم إجراؤه بتاريخ _____ أظهر نتيجة مقلقة ل _____.

~أنا أشعر / نشعر بأن لدينا جميع المعلومات اللازمة واتخذنا قرارًا بعدم تكرار فحص حديثي الولادة لطفلنا / أطفالنا.

~ أنا /نحن لا نرغب في مناقشة فحص حديثي الولادة مع فريق فحص حديثي الولادة ، أو طبيب أطفالنا ، أو غيرهم من مقدمي الرعاية المتاحين للإجابة على الأسئلة ذات الصلة.

~ أنا / نحن نفهم أنه إذا كان لدى طفلنا حالة من هذه الحالات ولم يتم تشخيصه في فترة المواليد الجدد ، فإن خطر تعرض طفلنا لمشاكل صحية ، بما في ذلك الإعاقة الذهنية و / أو الوفاة ، قد يكون مرتفعًا للغاية.

التاريخ

توقيع الوالد / ولي الأمر (الوصي)

التاريخ

توقيع الشاهد