



اداره خدمات انسانی
بخش صحت مادر و طفل
اطفال با ضرورت های صحتی ویژه
برنامه آزمایش نوزادان در ورمونت

ممانعت از رضایت برای آزمایش نوزاد

من/ما، _____، والد(ین)/سرپرست(های)

نام والد(ین)/سرپرست(های)

متولد _____ در _____
تاریخ تولد

نام نوزاد

_____، مخالفت می کنیم با گرفتن خون از نوزادمان به هدف محل تولد

تعیین اینکه آیا او ممکن مشکل صحتی داشته باشد که می تواند باعث مرگ، معلولیت یا مریضی شود. شرایط آزمایش شده شامل سی و سه شرط ذکر شده در زیر است. تشریح شده که اداره صحت ورمونت توصیه می کند که همه نوزادان برای این شرایط در دوره نوزادی تست شوند.

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

انواع دیگر آزمایش ها شامل تست کم شنوایی و پلس اکسیمتری برای آزمایش مرض مادرزادی حیاتی قلب است.

~من/ما مطلع شده ایم که این پروسه شامل خونگیری از پاشنه پا ذریعه یک سوزن می باشد.
~من/ما این فرصت را داشته ایم که در مورد آزمایش نوزادان با دکتر طفل، پرسونل نرس های شفاخانه یا سایر ارائه دهندگان مراقبت صحبت کنیم و به همه سوالات ما به طور کامل پاسخ داده شده است.
~من/ما می دانیم که اگر طفل ما یکی از این شرایط را داشته باشد، و این مریضی در دوره نوزادی تشخیص داده نشود، خطر ابتلای طفل مان به مشکلات صحتی، از جمله ناتوانی های ذهنی و/یا مرگ، می تواند بسیار بلند باشد.
~من/ما تصدیق می کنیم که این فورمه در دوسیه طبی طفل ما ثبت می شود و کاپی های آن برای ارائه دهنده مراقبت از نوزاد و اداره صحت ورمونت ارسال می شود.

امضای والد(ین)/سرپرست(ها) _____ تاریخ _____

امضای شاهد _____ تاریخ _____

طرز العمل ها:

1. هنگامیکه والد(ین)/سرپرست(ها) با انجام آزمایش نوزاد مخالفت می کنند، این فورمه باید برای همه نوزادان تکمیل شود. نسخه اصلی امضا شده باید در دوسیه طبی نوزاد یا در مورد زایمان در خانه، در دوسیه ای که توسط متصدی زایمان نگهداری می شود ثبت شود.
2. فتوکاپی ها باید برای ارائه دهنده مراقبت های اولیه نوزاد و به برنامه آزمایش نوزادان ورمونت در P.O.Box 70, 108 Cherry St., Burlington, VT 05402 ارسال شود. اگر سوالی دارید به شماره (802) 951-5180 زنگ بزنید.