

Oregon State Public Health Laboratory

Chương trình sàng lọc bằng xét nghiệm giọt máu ở khu vực Tây Bắc



Phản đối việc xét nghiệm máu sàng lọc ở trẻ sơ sinh

Tôi/Chúng tôi, _____ là cha mẹ/người giám hộ hợp pháp của
Viết chữ in hoa tên đầy đủ của cha mẹ/người giám hộ
_____, sinh ngày ____ / ____ / ____ tại _____.

Tên của trẻ Tháng (MM) Ngày (DD) Năm (YYYY) Cơ sở

- Tôi/Chúng tôi đã được giải thích đầy đủ cho tôi/chúng tôi về những lợi ích y tế của xét nghiệm máu sàng lọc ở trẻ sơ sinh theo quy định đối với tất cả trẻ sơ sinh tại Tiểu bang Oregon theo Quy định hành chính 333-024-1000 đến 333-024-1110.
- Tôi/Chúng tôi đã được thông báo và hiểu rằng việc sàng lọc này được thực hiện để phát hiện hơn 40 rối loạn mà triệu chứng đôi khi không xuất hiện trong vài tuần hoặc vài tháng, và tổn thương không thể phục hồi có thể xảy ra trước khi gia đình hoặc nhân viên chăm sóc sức khỏe nhận thấy các triệu chứng.
- Tôi/Chúng tôi hiểu rằng việc không phát hiện và điều trị các tình trạng bệnh đã sàng lọc trong vài ngày hoặc vài tuần đầu tiên của cuộc đời có thể đe dọa tính mạng hoặc gây ra những suy giảm đáng kể về tinh thần hoặc thể chất.
- Tôi/Chúng tôi đã được thông báo và hiểu rằng nguy cơ trẻ sơ sinh của tôi mắc một trong những tình trạng này là khoảng 1/250 ca sinh.
- Tôi/Chúng tôi đã thảo luận về việc xét nghiệm với _____ RN, PA, NP, MD, DO, Nữ hộ sinh, người đã giải thích những nguy cơ liên quan nếu con tôi không được sàng lọc.
- Tôi/Chúng tôi đã được thông báo và hiểu lý do duy nhất hợp pháp để từ chối sàng lọc cho con tôi/chúng tôi.

Theo các điều khoản của Quy định hành chính Oregon 333-024-1050, cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp ký tên dưới đây của _____ sinh ngày _____, cho biết rằng trẻ này được miễn sàng lọc ở trẻ sơ sinh.
Họ tên đầy đủ của trẻ Ngày

Chữ ký của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp

Ngày

Bản gốc gửi đến:
Hồ sơ bệnh án của trẻ sơ sinh

Bản sao gửi đến:
Chương trình NBS Oregon
PO Box 275
Portland, OR 97207-0275

Bản sao gửi đến:
Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp
PCP: _____

7202 NE Evergreen Parkway Suite 100, Hillsboro, Oregon, 97124
Số điện thoại: (503) 693-4174 | Fax: 503-693-5601
Tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp được chấp nhận |
<https://www.oregon.gov/oha/ph/laboratoryservices/newbornscreening>