

Відмова батьків від скринінгу новонароджених або відстрочка його проведення

Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

Ukrainian

Дозвіл на розголошення конфіденційної інформації про стан здоров'я перекладачеві.

ПРИКЛЕЙТЕ СТИКЕР ПАЦІЄНТА, ЩОБ ЗАКРИТИ, АБО ЗАПОВНІТЬ

Place patient label to cover or complete below

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я дитини
Baby's Name (LAST, FIRST)

Дата народження
Date of Birth

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я матері
Mother's Name (LAST, FIRST)

Лікарня / Акушерка
Hospital/Midwife

Ви маєте право відмовитися від скринінгу вашої дитини або відстрочити його проведення. Виберіть і поставте свої ініціали нижче біля тих частин скринінгу новонароджених, від яких ви бажаєте відмовитися або які хочете відстрочити.

Вас поінформовано про ризики, пов'язані з відстрочкою та/або відмовою від скринінгу вашої дитини. Підписання цієї форми означає, що ви відмовляєтеся від скринінгу **на даний момент**. Ви можете вирішити провести скринінг своєї дитини пізніше. Якщо ви вирішите провести скринінг новонародженого пізніше, MDH настійно рекомендує провести скринінг протягом першого тижня життя, коли результати скринінгу є найточнішими.

Якщо ви вирішите провести скринінг дитини, але не хочете, щоб результати обстеження та зразки крові зберігалися в MDH, ви можете подати заявку на їх знищення в будь-який час. Необхідну форму можна знайти на веб-сайті Програми скринінгу новонароджених MDH за адресою www.health.state.mn.us/people/newbornscreening

You have the right to refuse or delay having your baby screened. Select and initial below which part(s) of newborn screening you wish to refuse or delay.

You have been informed of the risks of delaying and/or not screening your baby. Signing this form means you are refusing screening **at this time**. You can choose to have your baby screened at a later time. If you choose to have newborn screening done later, MDH strongly encourages completing screening within one week of age when screening is most accurate.

Should you choose to have your baby screened and do not want MDH to keep your baby's test results and blood spots, there is the option to have them destroyed at any time. Please see the MDH Newborn Screening Program website for the required form www.health.state.mn.us/people/newbornscreening

КРОВ НА АНАЛІЗИ

Я усвідомлюю, що ознаки та симптоми захворювань можуть проявитися вже в перші дні життя. Деякі ознаки та симптоми можуть не проявлятися протягом кількох тижнів або місяців. Невиявлення та несвоєчасне лікування цих захворювань може призвести до тривалих проблем зі здоров'ям або смерті.

I understand signs and symptoms of disease can occur within the first few days of life. Some signs and symptoms may not show for several weeks or months. Permanent health problems or death can occur if these diseases are not identified and treated early.

ВІДМОВА Refuse

Ініціали батька/матері або опікуна
Parent/Guardian Initials

BLOOD SPOT

ВІДСТРОЧКА Delay

Ініціали свідка
Witness Initials

СЛУХ

Я усвідомлюю, що без скринінгу втрата слуху може бути непомітною відразу після народження. Будь-яка ступінь втрати слуху може спричинити затримку мовного, емоційного та соціального розвитку.

I understand that hearing loss may not be noticeable at birth without screening. Any amount of hearing loss may delay speech, language, emotional and social development.

ВІДМОВА Refuse

Ініціали батька/матері або опікуна
Parent/Guardian Initials

HEARING

ВІДСТРОЧКА Delay

Ініціали свідка
Witness Initials

ПУЛЬС
ОКСИМЕТРИЯ

Я усвідомлюю, що ознаки та симптоми вад серця можуть не проявлятися протягом кількох тижнів або місяців. Без їхнього своєчасного виявлення та лікування можливі незворотні ускладнення або смерть.

PULSE
OXIMETRY

I understand that the signs and symptoms of heart defects sometimes do not appear for several weeks or months. Permanent damage or death can occur if not identified and treated early.

ВІДМОВА
Refuse

Ініціали батька/матері або опікуна
Parent/Guardian Initials

ВІДСТРОЧКА
Delay

Ініціали свідка
Witness Initials

У разі **ВІДСТРОЧЕНОГО** обстеження вкажіть ім'я особи, яка проведе обстеження вашої дитини:
For any **DELAYED** screenings, please provide the name of who will complete your baby's screening:

Назва клініки/ім'я лікаря/акушерки:
Clinic/provider/midwife name:

Ім'я батька/матері або опікуна (друкованими літерами):
Parent or Guardian Printed Name:

Підпис батька/матері або опікуна:
Parent or Guardian Signature:

Дата:
Date:

Статус щодо новонародженого:
Relationship to Newborn:

Номер телефону:
Phone Number:

Заповнюється лише лікарнею / акушеркою
To be completed by hospital/midwife only

Ім'я свідка (друкованими літерами):
Witness Printed Name:

Підпис свідка:
Witness Signature:

Посада / роль свідка:
Witness Title / Role:

Ім'я другого свідка (друкованими літерами) (за бажанням):
Second Witness Printed Name (optional):

Підпис другого свідка (за бажанням):
Second Witness Signature (optional):

Батьки / опікуни відмовилися від проведення частини або всього обстеження новонародженого чи відклали його проведення і вирішили не підписувати цей документ.

The parent(s) / guardian(s) have refused or delayed some or all parts of the newborn screen **and** have elected not to sign.

Providers - continue to page 3

Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

Інструкції для лікарень/акушерок щодо заповнення цієї форми
Hospital/Midwife Instructions for Completing this Form

Необхідно заповнити 1-шу сторінку форми «Відмова батьків від скринінгу новонароджених або відстрочка його проведення». Підписану форму необхідно додати до медичної карти дитини, а її копію – надіслати до Department of Health (Закон штату Міннесота 144.125).

Для спрощення процесу та уникнення численних звернень з боку персоналу, що проводить скринінг новонароджених, будь ласка, надішліть форму факсом або поштою до MDH протягом семи днів після народження.

Із запитаннями звертайтеся за номером **651-201-5466**.

Оригінал форми додати до:

Медичної карти новонародженого

Копію надіслати за адресою:

Minnesota Department of Health
Newborn Screening
P.O. Box 64899
St. Paul, MN 55164-0899

Факс: (651) 215-6285

Ел.пошта: health.newbornscreening@state.mn.us

Копію надіслати:

Батькам / опікунам

Копію надіслати:

Лікарю первинної медичної допомоги / в клініку

Page 1 of the *Parental Refusal or Delay of Newborn Screening* form must be completed. The signed form must be made part of the infant's medical record and a copy shall be provided to the Department of Health (MN Statute 144.125).

To streamline the process and avoid multiple contacts from newborn screening staff, please fax or mail the form to MDH within seven days of birth.

Call **651-201-5466** with any questions.

Original form to:

Newborn's Medical Record

Copy to:

Minnesota Department of Health
Newborn Screening
P.O. Box 64899
St. Paul, MN 55164-0899

Fax: (651) 215-6285

Email: health.newbornscreening@state.mn.us

Copy to:

Parent / Legal Guardian

Copy to:

Primary Care Provider / Clinic