

**မွေးကင်းစကလေး တဖန်ပြန်လည်စစ်ဆေးမှုကို ခွင့်ပြုရန် ငြင်းဆိုခြင်း**

\_\_\_\_\_ နှင့် \_\_\_\_\_ တွင် မွေးဖွားသည်  
 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 ၎င်းအားသွေးဖောက်ရန် ငြင်းဆိုပါသည်။ ကနဦးရယူလိုက်သည့်နမူနာမှာ စမ်းသပ်ရန်အတွက် ကျေနပ်ဖွယ်မရှိကြောင်း သို့မဟုတ် စမ်းသပ်မှုကို ပြန်လည်ပြုလုပ်ရန်လိုအပ်သည်ဟု တွေ့ရကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။ စမ်းသပ်မည့်ကျန်းမာရေးအခြေအနေများတွင် အောက်ပါအခြေအနေ သုံးဆယ့်သုံးခုပါဝင်ပါသည်။ မွေးကင်းစ ကာလတွင် ကလေးအားလုံးကို ဤကျန်းမာရေးအခြေအနေများအတွက် စစ်ဆေးရန် ဗားမောင့်ကျန်းမာရေးဌာနမှ အကြံပြုကြောင်း ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။

- |  |  |
|--|--|
| <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> |  |

အိမ် သို့မဟုတ် ဆေးရုံ၌ပြုလုပ်နိုင်သော အခြားစမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုများတွင် နားထိုင်းခြင်းနှင့် အရေးကြီးသည့် မွေးရာပါနှလုံးရောဂါအတွက် စစ်ဆေးရန် သွေးအတွင်း အောက်စီဂျင်တိုင်းတာခြင်းတို့ ပါဝင်ပါသည်။

~ဗားမောင့် ကျန်းမာရေးဌာန မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးမှုအစီအစဉ်မှပေးသည့် လက်ကမ်းစာစောင်ကို ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့ ဖတ်ပြီးပြီဖြစ်၍၊ မွေးကင်းစ ကာလတွင် ကလေးအားလုံးကို ဤကျန်းမာရေးအခြေအနေများအတွက် စစ်ဆေးရန် ဗားမောင့်ကျန်းမာရေးဌာနမှ အကြံပြုကြောင်း နားလည်ပါသည်။  
 ~ \_\_\_\_\_ ရက်တွင် ပြုလုပ်သည့် စမ်းသပ်မှု၌ \_\_\_\_\_ အတွက် စိုးရိမ်စရာကောင်းသည့် အဖြေရသည့်အတွက် ဗားမောင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးမှု အစီအစဉ်မှ နောက်ဆက်တွဲစစ်ဆေးရန် အကြံပြုကြောင်းကို ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။  
 ~လိုအပ်သည့်အချက်အလက်အားလုံး ကျွန်ုပ်တို့တွင်ရှိပြီး၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကလေး/ကလေးများအတွက် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးမှုကို တဖန်ပြန်မလုပ်ရန် ကျွန်ုပ်တို့ ဆုံးဖြတ်ခဲ့သည်ဟု ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့ ယူဆပါသည်။  
 ~ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့ သည် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးမှု ဝန်ထမ်းများ၊ ကျွန်ုပ်တို့ကလေး၏ဆရာဝန်၊ သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်ရာမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးနိုင်သည့် အခြားစောင့်ရှောက်ပေးသူများနှင့် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးမှုအကြောင်း ဆက်လက်မဆွေးနွေးလိုပါ။  
 ~ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေးတွင် ဤအခြေအနေတစ်ရပ်ရှိပြီး၊ မွေးကင်းစကာလတွင် ဤရောဂါကို ရှာဖွေတွေ့ရှိခဲ့ခြင်း မရှိပါက၊ အသိဉာဏ်ဆိုင်ရာ မဖွံ့ဖြိုးမှုများနှင့်/သို့မဟုတ် သေဆုံးမှုအပါအဝင် ကျန်းမာရေးပြဿနာများရှိရန် ကျွန်ုပ်တို့ကလေးတွင် အလားအလာ အလွန်မြင့်မားနိုင်ကြောင်းကိုလည်း ကျွန်ုပ်/ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။

\_\_\_\_\_ ရက်စွဲ  
 မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ(များ)၏လက်မှတ်

\_\_\_\_\_ ရက်စွဲ  
 သက်သေအလက်မှတ်