Pashto

VERMONT
DEPARTMENT OF HEALTH

د بشري خدماتو اداره
د میندو او ماشوم د روغتیا څانګه
هغه ماشومان چې ځانګړې روغتیایي اړتیاوې لري
د ورمونټ د نویو زیږیدلو ماشومانو د سکرینګ پروګرام

د نوي زیږیدلي ماشوم د سکرینګ د تکرار لپاره له رضایت څخه انکار

زه/موږ، ______________________________، والدین/سرپرست
د والدینو/ سرپرست (سرپرستانو) نوم
______________________________، زیږیدلی دی په ____________________ په
د ماشوم نوم د زیږون نېټه

______________________، زموږ له ماشوم څخه وینه اخیستل رد کوو د دی موخې لپاره چې
د زیږون ځای
د دی معلومول چې آیا هغه ممکن داسې روغتیایي حالت ولري چې د مړینې، معیوبیت یا ناروغی لامل کیدی شي. موږ پوهیږو چې ترلاسه شوې لومړنی نمونه د معاینې لپاره د قناعت وړ نه وه یا د سکرینګ تکرارولو اړتیا ته اشاره شوی. هغه شرایط چې د هغې لپاره معاینه شوې په لاندې ذکر شویو درې دېرش شرایطو کې شامل دي.
زه/موږ پوهیږو چې د ورمونټ د روغتیا څانګه د دی سپارښتنه کوي چې ټول ماشومان د نوي زیږون په موده کې د دې شرایطو لپاره معاینه شي.

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

د کرینګ د معاینو نور ډولونه چې په کور یا روغتون کې ترسره کیدی شی د اوریدو معاینه هم پکې شامله ده
د زړه د مهمې موروثاتي د زړه ناروغي د سکرینګ لپاره له لاسه ورکول او پالس اوګزیمېټري.

~ ما/موږ د ورمونټ د روغتیا د نوي زیږیدلي ماشوم د سکرینګ د برنامې لخوا چمتو شوی بروشر لوستلی او پوهیږو چې د روغتیا ریاست د دی سپارښتنه کوي چې ټول ماشومان د نوي زیږون په موده کې د دې شرایطو لپاره معاینه شي.
~ زه/موږ پوهیږو چې د ورمونټ د نوي زیږیدلي ماشوم د سکرینګ پروګرام د دی سپارښتنه کوي چې تعقیبي معاینه ترسره شي ځکه چې په ________ باندې ترسره شوې معاینې یوه پایله ښودلې چې د ____________________ په اړه ده.
~ زه/موږ د دی احساس کوو چې موږ ټول اړین معلومات لرو او پریکړه مو کړې چې زموږ د ماشوم/ماشومانو لپاره د نوي زیږیدلي ماشوم سکرینګ تکرار نکړو.
~ زه/موږ نه غواړو د نوي زیږیدلي ماشوم د سکرینګ په اړه نور د نوي زیږیدلي ماشوم د سکرینګ کارمندانو، زموږ د ماشوم ډاکټر، یا نورو د پاملرنې له چمتو کوونکو سره چې د اړوندو پوښتنو ځوابولو لپاره شتون لري بحث وکړو.
~ زه/موږ پوهیږو چې که زموږ ماشوم له دغو شرایطو څخه یو ولري او د نوي زیږون په موده کې یې تشخیص ونه شي، نو دا خطر به چې زموږ ماشوم د رواني معلولیت او/یا مړینې په ګډون روغتیایی ستونزې ولري، خورا لوړ وي.

____
د والدینو/سرپرست (سرپرستانو) لاسلیک نیټه

____
د شاهدانو لاسلیک نیټه

مهرباني وکړئ دا فورمه د ورمونټ نوي زیږیدلي ماشوم د سکرینګ پروګرام ته د پوسټ بکس په 70, 108 Cherry St., Burlington, VT 05402 پته واستوئ.
مهرباني وکړئ د پوښتنو لپاره دی شمیری ته 951-5180 (802) زنګ ووهئ.

په 2019/04 نېټه بیا کتل شوی دی