



मानव सेवा एजेन्सी
मातृ शिशु स्वास्थ्य डिभिजन
विशेष स्वास्थ्य आवश्यकता भएका बच्चाहरू
भर्मन्ट नवजात शिशु स्वास्थ्य जाँच कार्यक्रम

नवजात शिशु स्वास्थ्य परिक्षण अस्वीकार सम्झौता REFUSAL TO CONSENT TO NEWBORN SCREENING

म/हामी, _____, बच्चाको आमा-बुबा/अभिभावक

आमा- बुबा/अभिभावकको नाम

बच्चाको नाम _____ बच्चाको जन्म मिति _____

शिशुको नाम

बच्चाको जन्म मिति

जन्मिएको स्थान: _____

जन्मिएको स्थान

हाम्रो बच्चाको स्वास्थ्य अवस्था यस्तो पनि हुनसक्छ जसले गर्दा ऊ अशक्त, बिमारी वा उसको मृत्यु पनि हुनसक्छ भन्ने कुरा परिक्षण गर्नको लागि रगत लिने कुरामा हामी अस्वीकार गर्छौं। हामीलाई थाहा छ कि प्रारम्भिक परीक्षणको लागि लिईएको नमूना सन्तोषजनक नभए र परिक्षण दोहोर्‍याउनु पर्ने आवश्यकतालाई संकेत गर्छ। तल सूचीबद्ध ३३ प्रकारका स्वास्थ्य अवस्थाहरूको लागि परिक्षण गरिएको थियो। म / हामी बुझ्छौं कि भर्मन्ट स्वास्थ्य विभागले सबै बच्चाहरूलाई नवजात शिशु अवधिमा यी स्वास्थ्य अवस्थाहरूको लागि परीक्षण गर्न सिफारिस गर्दछ।

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)

अन्य प्रकारको स्वास्थ्य परीक्षणहरूमा श्रवण समस्याको लागि जाँच र जन्मजात हृदय रोगको लागि पल्स ऑक्सीमेट्री समावेश हृदय रोग परीक्षण पर्दछ।

~म/हामी लाई सूचित गरिएको छ कि परीक्षणको लागि रगत बच्चाको कुर्कुच्चाबाट निकालिने छ।

~म/हामी लाई हाम्रो बच्चाको डाक्टर, अस्पताल नर्सिंग स्टाफ, वा अन्य हेरचाह प्रदायकसँग नवजात शिशु जाँचको बारेमा छलफल गर्ने अवसर मिल्यो, र हाम्रा सबै प्रश्नहरूको सन्तुष्टि पूर्ण जवाफ हामीलाई दिइयो।

~म/हामीले यो कुरा पनि बुझ्यौं कि यदि हाम्रो बच्चालाई यी मध्ये कुनै स्वास्थ्य अवस्था छ, र त्यो स्वास्थ्य अवस्था नवजात शिशु अवधिमा निदान

गरिएको छैन, जसको कारणले हाम्रो बच्चालाई बौद्धिक अशक्तता र / वा मृत्यु सहित, धेरै उच्च स्वास्थ्य समस्या हुनसक्छ भन्ने कुरा हामीले बुझेका छौं।

~म/हामी स्वीकार गर्दछौं कि यो फारम हाम्रो बच्चाको मेडिकल रेकर्ड फाइलमा राखिने छ, र यसको एक-एक प्रतिलिपिहरू हाम्रो बच्चाको स्वास्थ्य हेरचाह प्रदायक र भर्मन्ट स्वास्थ्य विभागमा पठाइनेछ।

आमा- बुबा/अभिभावकको दस्तखत/सही

मिति

साक्षीको दस्तखत/सही

मिति

निर्देशनहरू:

१. जब कुनै आमा-बाबु/अभिभावकहरूले नवजात स्वास्थ्य जाँच गर्न अस्वीकार गर्छन, तब यो फारम सबै शिशुहरूका लागि भर्नुपर्छ। मूल हस्ताक्षर गरिएको प्रतिलिपि शिशुको मेडिकल रेकर्डमा वा घरमा जन्मको अवस्थामा, जन्मदत्ता अधिकारी द्वारा राखिएको रेकर्डमा फाइल गर्नुपर्छ।

२. यसको एकप्रति फोटोकपीहरू शिशुको प्राथमिक हेरचाह प्रदायकलाई र भर्मन्ट नवजात स्वास्थ्य जाँच कार्यक्रममा, P.O. Box 70, 108 Cherry St., Burlington, VT 05402 मा पठाउनु पर्छ। प्रश्नहरूको लागि कृपया (802) 951-5180 मा फोनको गर्नुहोस।