



Agence des Services Sociaux
Division de la Santé Maternelle et Infantile
Enfants ayant des Besoins de Soins Spéciaux
Programme de Dépistage Néonatal du Vermont

REFUS DE CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE DU NOUVEAU-NÉ

Je/Nous, _____, Le parent/Tuteur de
Non du parent/tuteur

_____ , né le _____ à
Nom du bébé Date de naissance

_____ , refuser le prélèvement de sang de notre enfant dans le but de
Lieu de naissance

Déterminer s'il pourrait avoir un pré-requis de la santé qui peut causer la mort, un handicap ou une maladie. Les conditions testé pour incluent les trente-trois conditions énumérées ci-dessous. Il a été expliqué que le ministère de la Santé du Vermont recommande que tous les bébés sont testés pour ces conditions dans la période néonatale.

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)

D'autres types de tests de dépistage comprennent le dépistage de la perte auditive et l'oxymétrie de pouls pour dépister la cardiopathie congénitale critique.

- ~ J'ai/Nous avons été informés que la procédure implique l'utilisation d'un talon pour obtenir du sang pour le test.
- ~ J'ai/Nous avons eu l'occasion de discuter le dépistage néonatal avec le médecin de notre bébé, le personnel infirmier hospitalier ou un autre fournisseur de soins, et toutes nos questions ont été répondu à notre satisfaction.
- ~ De plus nous comprenons que si notre bébé souffre de l'une de ces conditions et si la conditions n'est pas diagnostiqué à la période néonatale, le risque que notre enfant pourrait avoir des problèmes de santé, notamment une déficience intellectuelle et/ou la mort, pourrait être très élevé..
- ~ Je reconnais / nous reconnaissons que ce formulaire sera classé dans le dossier médical de notre bébé et que des copies en seront envoyées au prestataire de soins de notre bébé et au ministère de la Santé du Vermont.

Signature du Parent/Tuteur(s)

Date

Signature du Témoin

Date

Intructions:

1. Ce formulaire doit être rempli pour tous les nourrissons lorsque les parents / tuteurs refusent le dépistage néonatal. L'original signé doit être classé dans le dossier médical du nourrisson ou, dans le cas d'accouchement à domicile, dans le dossier conservé par l'accoucheuse.
2. Les photocopies doivent être envoyées au prestataire de soins de santé primaires du nourrisson et au programme de dépistage du nouveau-né du Vermont à l'adresse P.O.Box 70, 108 Cherry St., Burlington. VT 05402. S'il vous plaît appelez (802) 951-5180 avec des questions.