

د نوي زيږيدلي ماشوم د سکرینګ لپاره له رضایت څخه انکار

زه/مور، _____، والدین/سرپرست
د والدینو/سرپرست (سرپرستانو) نوم
د ماشوم نوم _____، زيږيدلی دی په _____ په
د زيږون نېټه _____

_____، زموږ له ماشوم څخه وینه اخیستل رد کوو د دی موخي لپاره چې
د زيږون ځای _____

د دی معلومول چې آیا هغه ممکن داسې روغتيايي حالت ولري چې د مریني، معيوبیت یا ناروغی لامل کیدی شي. هغه شرایط چې د هغې لپاره معاینه شوي په لاندې ذکر شويو درې دېرش شرایطو کې شامل دي. دا واضح شوی چې د ورمونت روغتیا ریاست د دی سپارښتنه کوي چې ټول ماشومان د نوي زيږون په موده کې د دې شرایطو لپاره معاینه شي.

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

د سکرینګ د معاینې په نورو ډولونو کې د اورېدو د له لاسه ورکولو معاینه او د مهمې مورذاتي د زړه د ناروغی د معاینې لپاره پالس او کزیمېټري شامل دي.

~ما/مور ته خبر راکړل شوی چې د معاینې لپاره د وینې تر لاسه کولو په خاطر په کرنلاره کې د پینې لرګی شامل دی.
~ما/مور فرصت درلود چې د نوي زيږيدلي ماشوم د نمایش په اړه د خپل ماشوم ډاکټر، د روغتون د نرس کارمندانو، یا نورو د پاملرنې چمتو کونکي سره خبرې وکړو، او زموږ ټولې پوښتنې زموږ د رضایت سره ځواب شوي دي.
~زه / مور نور پوهیږو که زموږ ماشوم له دی شرایطو څخه یو ولري، او داسی حالت وي چې د نوي زيږيدلو په دوره کې نه وی تشخیص شوی، دا خطر چې زموږ ماشوم ممکن روغتيايي ستونزې ولري، په شمول د فکري معيوبیت او/یا مریني، کیدای شي خورالور وي.
~زه/مور دا منو چې دا فورمه به زموږ د ماشوم په طبي ریکارډ کې ثبت شي، او کاپي به یې زموږ د ماشوم پاملرنې چمتو کونکي او د ورمونت روغتیا خانګې ته واستول شي.

د والدینو/سرپرست(سرپرستانو) لاسلیک _____ نېټه _____
د ګواهی کونکی لاسلیک _____ نېټه _____

لارښوونې:

1. دا فورمه باید د ټولو ماشومانو لپاره ډکه شي کله چې والدین/سرپرست د نوي زيږون نمایش ردوي. اصلي لاسلیک شوی کاپي باید د ماشوم په طبي ریکارډونو کې یا د کور د زيږون په حالت کې، د زيږون د خدمت کونکي لخوا ساتل شوي ریکارډ کې ثبت شي.
2. فوټوکاپي باید د ماشوم لومړني پاملرنې چمتو کونکي او د ورمونت نوي زيږون معاینې برنامې لپاره دی پوستي دفتر ته واستول شي Box 70, 108 05402 Cherry St., Burlington, VT. مهرباني وکړئ د پوښتنو لپاره دی شمیرې ته 951-5180 (802) زنگ ووهئ.