

REFUS DE CONSENTEMENT À RÉPÉTER LE 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. Nous comprenons que le spécimen initial obtenu était insatisfaisant pour les tests ou indiquait la nécessité de répéter le dépistage. Les conditions testé pour incluent les trente-trois conditions énumérées ci-dessous. Je comprends / Nous comprenons que le ministère de la Santé du Vermont recommande que tous les bébés sont testés pour ces conditions dans la période néonatale.

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

D'autres types de tests de dépistage pouvant être effectués à domicile ou à l'hôpital, comprennent le dépistage de la perte auditive et l'oxymétrie de pouls pour dépister la cardiopathie congénitale critique.

~ J'ai / nous / avons lu la brochure fournie par le programme de dépistage néonatal du ministère de la Santé du Vermont et nous comprenons que le ministère de la Santé recommande que tous les bébés subissent un test de dépistage de ces conditions pendant la période néonatale.

~ Je comprends / nous comprenons que le programme de dépistage du nouveau-né du Vermont recommande de faire un test de suivi, car le test effectué le _____ a donné un résultat préoccupant pour _____.

~ I / nous estimons que nous avons toutes les informations nécessaires et ont pris la décision de ne pas avoir le dépistage néonatal répété pour notre bébé.

~ Je ne souhaite pas / nous ne souhaitons plus discuter de dépistage néonatal avec le personnel du programme de dépistage néonatal, le médecin de notre bébé, ou d'autres fournisseurs de soins qui sont disponibles pour répondre à des questions connexes.

~ Je / nous comprenons que si notre bébé souffre de l'une de ces conditions et il n'est pas diagnostiquée dans la période néonatale, le risque que notre enfant pourrait avoir des problèmes de santé, y compris une déficience intellectuelle et / ou la mort, pourrait être très élevé.

Signature du Parent/Tuteur(s) Date

Signature du Témoin Date

S'il vous plaît envoyer ce formulaire au programme de dépistage du nouveau-né de Vermont, P.O.Box 70, 108 rue Cherry, Burlington, VT 05402. S'il vous plaît appelez (802) 951-5180 questions.