

ممانعت از رضایت برای تکرار آزمایش نوزاد

من/ ما، _____ والد(ین)/سرپرست(های)

نام والد(ین)/سرپرست(های)

، متولد _____ در

تاریخ تولد

نام نوزاد

، مخالفت می کنیم با گرفتن خون از نوزادمان به هدف

محل تولد

تعیین اینکه آیا او ممکن مشکل صحتی داشته باشد که می تواند باعث مرگ، معلولیت یا مریضی شود. ما می دانیم که نمونه اولیه به دست آمده برای آزمایش رضایت بخش نبوده یا ضرورت به تکرار آزمایش وجود دارد. شرایط آزمایش شده شامل سی و سه شرط ذکر شده در زیر است. من/ما می دانیم که اداره صحت ورمونت توصیه می کند که همه نوزادان برای این شرایط در دوره نوزادی آزمایش شوند.

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)

انواع دیگر تست های که می تواند در خانه یا شفاخانه انجام شود، تست ناشنوایی و پلیس اکسیمتری برای آزمایش امراض مادرزادی حیاتی قلب است.

~من/ما بروشور ارائه شده توسط برنامه آزمایش نوزادان دپارتمان صحتی ورمونت را خواندیم و فهمیدیم که اداره صحت توصیه می کند که همه نوزادان برای این شرایط در دوره نوزادی آزمایش شوند.

~من/ما می دانیم که برنامه آزمایش نوزادان ورمونت توصیه می کند که تست بعدی انجام شود، زیرا تست انجام شده در _____ نتیجه ای را نشان داد که برای نگران کننده بود.

~من/ما احساس می کنیم که تمام معلومات مورد ضرورت را داریم و تصمیم گرفته ایم که آزمایش نوزادان را برای نوزاد/نوزادان خود تکرار نکنیم.

~من/ما نمی خواهیم بیشتر از این در باره آزمایش نوزاد با کارمندان آزمایش نوزادان، داکتر یا سایر ارائه دهندگان مراقبتی که برای پاسخ به سوالات مرتبط در دسترس هستند صحبت کنیم.

~من/ما می دانیم که اگر طفل ما یکی از این مشکلات را داشته باشد و در دوره نوزادی تشخیص داده نشود، خطر ابتلای طفل به مشکلات صحتی، از جمله ناتوانی های ذهنی و/یا مرگ، می تواند بسیار بلند باشد.

امضای والد(ین)/سرپرست(ها) _____ تاریخ

امضای شاهد _____ تاریخ