



**የደም ጠብታ ናሙናዎችን
እና/ወይም አዲስ የተወለዱ ሕፃናት ምርመራ ውጤቶችን ለማጥፋት የሚሰጥ መመሪያ**
**Directive to Destroy
Blood Spots and/or Newborn Screening Test Results**
Amharic
የተጠበቀ የጤና መረጃን ለአስተርጓሚ የመስጠት ፈቃድ

PAGE 1 | 2
REV 01/2025

የልጁ ስም (የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ስም):-
Child's name (first & last):

የትውልድ ቀን:-
Birth date:

የወላጅ እናት ስም (የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ስም):-
Birth mother's name (first & last):

ሆስፒታል ወይም የተወለደበት ቦታ:-
Hospital or place of birth:

ይህ ቅጽ የሚመለከተው ለ:- (እባክዎን የሚመለከተውን ሁሉ ምልክት ያድርጉ)
This form applies to: (Please check all that apply)

የደም ጠብታ ናሙና(ዎች)
Blood spot specimen(s)

ሁሉንም የላቦራቶሪ ምርመራ ውጤቶች (የደም ጠብታ፣ የመስማት እና የልብ ምት አክሲሜትሪ)
All test results (blood spot, hearing, & pulse oximetry)

ወላጅ(ች) ወይም አሳዳጊ(ዎች):- እባክዎን ይህንን ቅጽ ከመሙላትዎ እና ከመፈረምዎ በፊት የሚከተለውን አንብቦው ይረዱ።
Parent(s) or guardian(s): please read and understand the following before completing and signing this form.

እኔ ከታች ስሜ የተጠቀሰው የልጁ ወላጅ ወይም አሳዳጊ፣ Minnesota Department of Health (MDH) Newborn Screening Program በ Minnesota Department of Health ውስጥ ተቀምጠው የሚገኙትን የልጁን አዲስ የተወለዱ ሕፃናት ምርመራ የደም ጠብታ ናሙና(ዎች) እና/ወይም የምርመራ ውጤቶች፣ የልብ ምት አክሲሜትሪ ውጤቶች እና የመስማት ምርመራ ውጤቶች በ Minnesota Department of Health ውስጥ ከላይ በተገለጸው መሠረት እንዲያጠፋ አዝዛለሁ።

I, the parent or guardian of the child named below, am directing the Minnesota Department of Health (MDH) Newborn Screening Program to destroy my child's newborn screening blood spot specimen(s) and/or screening test results, pulse oximetry results, and hearing screening results stored at the Minnesota Department of Health, as specified above.

የልጁን የደም ጠብታ ናሙና(ዎች) ማጥፋት ለወደፊት ለማንኛውም አገልግሎት እንዳይውሉ እንደሚያደርጋቸው ተረድቻለሁ። በ Minnesota Department of Health ውስጥ ተቀምጠው የሚገኙትን የልጁን የምርመራ ውጤቶች ማጥፋት ቤተሰቤ እና የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ወደፊት እነዚህን ውጤቶች የማግኘት እድላቸውን ይገድባል።

I understand that destroying my child's blood spot specimen(s) will make them unavailable for any future use. Destroying my child's test results stored at the Minnesota Department of Health will limit future access to them by my family and health care providers.

የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ስም በፊደል ተጽፎ (የመጀመሪያ እና የመጨረሻ ስም):-
Parent or guardian printed name (first & last):

የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ፊርማ:-
Parent or guardian signature:

የዛሬ ቀን:-
Today's date

ከልጁ ጋር ያለው ዝምድና:-
Relationship to child

የፖስታ አድራሻ
Mailing Address

የአድራሻ መስመር 1:-
Address line 1

የመንገድ አድራሻ፣ የድርጅት ስም፣ በኩል (c/o) Street address, company name, c/o

የአድራሻ መስመር 2:-
Address line 2

ከተማ:-

City

ክፍለ ሀገር/ዞን/ክልል:-

State/Province/Regions

ዚፕ (ZIP)/የፖስታ

ZIP/Postal code

ኮድ:- የስልክ ቁጥር:-

Phone number

*በ Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA)

- የላቦራቶሪ ምርመራዎችን የመቆጣጠር ኃላፊነት ባላቸው ደንቦች

- ምክንያት Minnesota Department of Health የምርመራ

ውጤቶችን ለሁለት ዓመታት እንዲያቆይ ይገደዳል። የደረቁ የደም

ጠብታዎች ሲጠፉ እንዲሁም የምርመራ ውጤቶቹ የሚጠፉበት ቀን

በ MDH በኩል በዩኤስ ፖስታ ይነገርዎታል።

የተሞላውን ቅጽ እዚህ ይላኩ:-

Minnesota Department of Health

Newborn Screening Program

P.O. Box 64899

St. Paul, MN 55164-0899

Due to the Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) - regulations responsible for governing lab testing - the Minnesota Department of Health is required to keep test results for two years. You will be notified by MDH via US mail upon destruction of dried blood spots as well as the date when the test results will be destroyed.

ስልክ:(800) 664-7772

ፋክስ:(651) 215-6285

ኢሜይል: health.newbornscreening@state.mn.us

ድህረ ገጽ: www.health.state.mn.us/newbornscreening