

دستور از بین بردن لکه های
خون و/یا نتایج معاینات نوزاد

Directive to Destroy
Blood Spots and/or Newborn Screening Test Results

Dari

اجازنامه افشای اطلاعات صحی محافظت شده به ترجمان

اسم کودک (اسم و تخلص):
Child's name (first & last):

تاریخ تولد:
Birth date:

اسم مادر هنگام تولد (اسم و تخلص):
Birth mother's name (first & last):

شفاخانه یا محل تولد:
Hospital or place of birth:

(لطفاً تمام گزینه های مربوط را انتخاب کنید) این فرم برای موارد زیر قابل اجرا است:
This form applies to: (Please check all that apply)

نمونه های لکه خون
Blood spot specimen(s)

تمام نتایج معاینات (لکه خون، شنوایی و پالس اکسیمتری)
All test results (blood spot, hearing, & pulse oximetry)

پدر و مادر یا سرپرستان: لطفاً قبل از تکمیل و امضای این فرم موارد زیر را بخوانید و درک کنید.
Parent(s) or guardian(s): please read and understand the following before completing and signing this form.

من به عنوان پدر و مادر یا سرپرست کودک نامبرده به برنامه معاینات نوزادان اداره صحت ایالت مینیسوتا (Minnesota Department of Health) دستور میدهم که نمونه لکه خون نوزاد و/یا نتایج معاینات نوزاد شامل پالس اکسیمتری و نتایج شنوایی که در اداره صحت ایالت مینیسوتا (Minnesota Department of Health) نگهداری میشود را مطابق موارد مشخص شده در بالا از بین ببرد.

من درک میکنم که از بین بردن نمونه های لکه خون نوزاد باعث میشود که این نمونه ها برای هرگونه استفاده در آینده در دسترس نباشند. از بین بردن نتایج معاینات که در اداره صحت ایالت مینیسوتا (Minnesota Department of Health) نگهداری میشود، دسترسی آینده خانواده من و ارائه کنندگان خدمات صحی به آنها را محدود میسازد.

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.

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.

اسم پدر و مادر یا سرپرست (اسم و تخلص):
Parent or guardian printed name (first & last):

امضای پدر و مادر یا سرپرست:
Parent or guardian signature:

تاریخ امروز:
Today's date

نسبت به کودک:
Relationship to child

آدرس پستی:
Mailing Address

خط آدرس 1:
Address line 1

آدرس کوچه، اسم شرکت، به توجه

Street address, company name, c/o

خط آدرس 2:
Address line 2

شهر:

City

ایالت / ولایت / منطقه:

State/Province/Regions

کد پستی:

ZIP/Postal code

شماره تماس:

Phone number

به دلیل مقررات اصلاحیه های بهبود آزمایشگاه های کلینیکی (CLIA) که بر آزمایش های لابراتواری نظارت دارند، اداره صحت ایالت مینیسوتا (Minnesota Department of Health) مکلف است نتایج آزمایش را به مدت دو سال نگهداری کند. پس از از بین بردن لکه های خون خشک شده، اداره صحت ایالت مینیسوتا (MDH) از طریق پست شما را مطلع خواهد ساخت، همچنان تاریخ از بین بردن نتایج معاینات نیز اطلاع داده خواهد شد

فورم تکمیل شده را به این آدرس ارسال نمایید:
اداره صحت ایالت مینیسوتا

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.

Phone:(800) 664-7772

Fax:(651) 215-6285

Email: health.newbornscreening@state.mn.us

Website: www.health.state.mn.us/newbornscreening