

አዲስ ለተወለዱ ሕፃናት የሚደረግ ምርመራን

Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

Amharic

የተጠበቀ የጤና መረጃን ለአስተርጓሚ የመስጠት ፈቃድ

ከታች ያለውን ይሙሉ ወይም የታካሚ መለያ እዚህ ላይ ያስገቡ

Place patient label to cover or complete below

የሕፃኑ ስም (የመጨረሻ፣ የመጀመሪያ)
Baby's Name (LAST, FIRST)

የትውልድ ቀን
Date of Birth

የእናት ስም (የመጨረሻ፣ የመጀመሪያ)
Mother's Name (LAST, FIRST)

ሆስፒታል / አዋላጅ
Hospital/Midwife

በወላጅ እምቢተኝነት መከላከል ወይም ማዘጋጀት የልጅዎ ምርመራ እንዲደረግ የመከላከል ወይም የማዘጋጀት መብት አለዎት። ከአዲስ ለተወለዱ ሕፃናት የትኛውን ክፍል መከላከል ወይም ማዘጋጀት እንደሚፈልጉ በመምረጥ ከታች የፊርማ አህጽሮት ቃል ያድርጉ።

You have the right to refuse or delay having your baby screened. Select and initial below which part(s) of newborn screening you wish to refuse or delay.

የልጅዎን ምርመራ በማዘጋጀት እና/ወይም ባለማድረግ ለሚመጡ አደጋዎች መረጃ ተሰጥቶታል። ይህንን ቅጽ መፈረም ማለት በዚህ ጊዜ ምርመራውን እያከለከሉ ነው ማለት ነው። ልጅዎ በሌላ ጊዜ ምርመራ እንዲደረግለት መምረጥ ይችላሉ። አዲስ ለተወለዱ ሕፃናት የሚደረገውን ምርመራ በሌላ ጊዜ እንዲደረግ ከመረጡ፣ ምርመራው ይበልጥ ትክክለኛ በሚሆንበት ጊዜ ማለትም ሕፃኑ በተወለደ በአንድ ሳምንት ጊዜ ውስጥ ምርመራው እንዲጠናቀቅ MDH በጥብቅ ያበረታታል።

You have been informed of the risks of delaying and/or not screening your baby. Signing this form means you are refusing screening **at this time**. You can choose to have your baby screened at a later time. If you choose to have newborn screening done later, MDH strongly encourages completing screening within one week of age when screening is most accurate.

ልጅዎ ምርመራ እንዲደረግለት መርጠው ነገር ግን MDH የልጅዎን የምርመራ ውጤቶች እጠብቃዎቻችን እንዲያቆይ ካልፈለጉ፣ በማንኛውም ጊዜ እንዲጠፉ የማድረግ ምርጫ አለዎት። እባክዎን ለሚያስፈልገው ቅጽ የ MDH Newborn Screening Program ድህረ ገጽን ይጎብኙ፡- www.health.state.mn.us/people/newbornscreening

Should you choose to have your baby screened and do not want MDH to keep your baby's test results and blood spots, there is the option to have them destroyed at any time. Please see the MDH Newborn Screening Program website for the required form www.health.state.mn.us/people/newbornscreening

<p>የደም ጠባታ</p>	<p>የበሽታ ምልክቶች ሕፃኑ በተወለደ በመጀመሪያዎቹ ጥቂት ቀናት ውስጥ ሊከሰቱ እንደሚችሉ ተረድቻለሁ አንዳንድ ምልክቶች ለለበርካታ ሳምንታት ወይም ወራት ላይታዩ ይችላሉ። እነዚህ በሽታዎች ቀርበው ካልታወቁ እና በጊዜ ካልታከሙ ዘላቂ የጤና ችግሮች ወይም ሞት ሊከሰት ይችላል።</p>	<p>መከላከል</p> <p>Refuse</p>	<p>የወላጅ/የአሳዳጊ የፊርማ አህጽሮት ቃል Parent/Guardian Initials</p>
<p>BLOOD SPOT</p>	<p>I understand signs and symptoms of disease can occur within the first few days of life. Some signs and symptoms may not show for several weeks or months. Permanent health problems or death can occur if these diseases are not identified and treated early.</p>	<p>ማዘጋጀት</p> <p>Delay</p>	<p>የምስክር የፊርማ አህጽሮት ቃል Witness Initials</p>

<p>መስማት</p>	<p>የመስማት ችግር ያለ ምርመራ ሕፃኑ ሲወለድ ላይታወቅ እንደሚችል ተረድቻለሁ። ማንኛውም የመስማት ችግር መጠን የንግግር፣ የቋንቋ፣ የስሜታዊ እና የማህበራዊ እድገትን ሊያዘገይ ይችላል።</p>	<p>መከላከል</p> <p>Refuse</p>	<p>የወላጅ/የአሳዳጊ የፊርማ አህጽሮት ቃል Parent/Guardian Initials</p>
<p>HEARING</p>	<p>I understand that hearing loss may not be noticeable at birth without screening. Any amount of hearing loss may delay speech, language, emotional and social development.</p>	<p>ማዘጋጀት</p> <p>Delay</p>	<p>የምስክር የፊርማ አህጽሮት ቃል Witness Initials</p>

**የልብ ምት
አክሲሜትሪ**

የልብ ምልክቶች እና ምልክቶች ጉድለቶች እንደሆኑ ተረድቻለሁ
አንዳንድ ጊዜ ለበርካታ ሳምንታት ወይም ወራት ላይታዩ እንደሚችሉ
ተረድቻለሁ። በጊዜ ታውቆ ካልታከመ ዘላቂ ጉዳት ወይም ሞት ሊከሰት ይችላል።

**PULSE
OXIMETRY**

I understand that the signs and symptoms of heart defects
sometimes do not appear for several weeks or months. Permanent
damage or death can occur if not identified and treated early.

**መከላከል
Refuse**

የወላጅ/የአሳዳጊ የፊርማ አህጽሮተ ቃል
Parent/Guardian Initials

**ማዘግየት
Delay**

የምስክር የፊርማ አህጽሮተ ቃል
Witness Initials

ለማንኛውም **ለዘገዩ** ምርመራዎች፣ እባክዎን ምርመራ የሚያጠናቅቀውን አካል ስም ይጥቀሱ፡-
For any **DELAYED** screenings, please provide the name of who will complete your baby's screening:

የክሊኒክ/የአቅራቢ/የአዋላጅ ስም፡-
Clinic/provider/midwife name:

የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ስም በፊደል ተጽፎ፡-
Parent or Guardian Printed Name:

የወላጅ ወይም የአሳዳጊ ፊርማ፡-
Parent or Guardian Signature:

ቀን፡-

Date:

ከልጅ ጋር ያለው ዝምድና፡-
Relationship to Newborn:

ስልክ ቁጥር፡-
Phone Number:

በሆስፒታል / በአዋላጅ ብቻ የሚሞላ
Hospital/Midwife Instructions for Completing this Form

የምስክር ስም በፊደል ተጽፎ፡-
Witness Printed Name:

የምስክር ፊርማ፡-
Witness Signature:

የምስክር የሥራ መደብ / ኃላፊነት፡-
Witness Title / Role:

የሁለተኛ ምስክር ስም በፊደል ተጽፎ (ካለ)፡-
Second Witness Printed Name (optional):

የሁለተኛ ምስክር ፊርማ (ካለ)፡-
Second Witness Signature (optional):

ወላጅ(ች) / አሳዳጊ(ዎች) የተወሰነውን ወይም ሁሉንም የአዲስ ተወላጅ ምርመራ ክፍል ከልክለዋል ወይም አዘግይተዋል፣ እንዲሁም ላለመፈረም መርጠዋል።
The parent(s) / guardian(s) have refused or delayed some or all parts of the newborn screen **and** have elected not to sign.

Providers - continue to page 3

Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

ለሆስፒታል/ለአዋላጅ ይህንን ቅጽ ለመሙላት የሚረዱ መመሪያዎች

To be completed by hospital/midwife only

የዚህ Parental Refusal or Delay of Newborn Screening ቅጽ ገጽ 1 መሙላት አለበት። የተፈረመው ቅጽ የሕፃኑ የሕክምና መዝገብ አካል መደረግ አለበት፤ እንዲሁም ቅጹ ለ Department of Health መሰጠት አለበት (MN Statute 144.125)።

ሂደቱን ለማቀላጠፍ እና ከምርመራ ሠራተኞች ጋር የሚደረግን ተደጋጋሚ ግንኙነት ለማስቀረት፣ እባክዎን ቅጹን ሕፃኑ በተወለደ በሰባት ቀናት ውስጥ ለ MDH በፋክስ ወይም በፖስታ ይላኩ።

ለማንኛውም ጥያቄ **651-201-5466** ይደውሉ።

ዋናው ቅጽ ለ፡-

የሕፃኑ የሕክምና መዝገብ

ቅጹ ለ፡-

Minnesota Department of Health
Newborn Screening
ፓስታ ቁጥር 64899
St. Paul, MN 55164-0899

ፋክስ፡- (651) 215-6285

ኢሜይል፡- health.newbornscreening@state.mn.us

ቅጹ ለ፡-

ወላጅ / ሕጋዊ አሳዳጊ

ቅጹ ለ፡-

የመጀመሪያ ደረጃ ጤና አቅራቢ / ክሊኒክ

Page 1 of the *Parental Refusal or Delay of Newborn Screening* form must be completed. The signed form must be made part of the infant’s medical record and a copy shall be provided to the Department of Health (MN Statute 144.125).

To streamline the process and avoid multiple contacts from newborn screening staff, please fax or mail the form to MDH within seven days of birth.

Call **651-201-5466** with any questions.

Original form to:

Newborn’s Medical Record

Copy to:

Minnesota Department of Health
Newborn Screening
P.O. Box 64899
St. Paul, MN 55164-0899

Fax: (651) 215-6285

Email: health.newbornscreening@state.mn.us

Copy to:

Parent / Legal Guardian

Copy to:

Primary Care Provider / Clinic