

فحص أو تأجيل فحص حديثي الولادة من قبل الوالدين Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

Arabic

تفويض بكشف المعلومات الصحية المحمية وإطلاع المترجم الشفهي عليها.

Authorization to release protected health information to an interpreter

يرجى وضع الملصق الخاص بالمريض لتغطية هذا الجزء أو استكمال البيانات أدناه
Place patient label to cover or complete below

اسم المولود (اسم العائلة، الاسم الأول):
Baby's Name (LAST, FIRST)

تاريخ الميلاد:
Date of Birth

اسم الأم (اسم العائلة، الاسم الأول):
Mother's Name (LAST, FIRST)

المستشفى/القبالة:
Hospital/Midwife

يحق لك رفض أو تأجيل إجراء الفحص لمولودك. يرجى تحديد والتوقيع بالأحرف الأولى أدناه على الجزء (الأجزاء) المتعلقة بفحص المولود التي ترغب في رفضها أو تأجيلها.

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.

لقد تم إطلاعك على المخاطر المترتبة على تأجيل و/أو عدم فحص طفلك. وتوقيعك على هذا النموذج يعني رفضك لإجراء الفحص في الوقت الحالي. مع العلم أنه يمكنك اختيار إجراء الفحص في وقت لاحق. وفي حال قررت إجراء الفحص لاحقاً، فإن MDH تشجع وبقوة على استكمال الفحص خلال الأسبوع الأول من عمر الطفل، حيث تكون النتائج أكثر دقة.

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.

إذا اخترت فحص طفلك ولكنك لا ترغب في أن تحتفظ MDH بنتائج الفحوصات وبقع الدم، فلديك خيار طلب إتلافها في أي وقت. يرجى زيارة الموقع الإلكتروني لـ Newborn Screening Program التابع لـ MDH للحصول على النموذج المطلوب
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

بقعة دم

أدرك أن علامات وأعراض المرض قد تظهر خلال الأيام الأولى من الحياة. وقد لا يظهر بعضها إلا بعد مرور عدة أسابيع أو أشهر. قد تترتب آثار صحية دائمة أو قد تحدث الوفاة في حال عدم تشخيص هذه الأمراض وعلاجها في وقت مبكر

رفض

Refuse

الأحرف الأولى لولي الأمر
Parent/Guardian Initials

BLOOD SPOT

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.

تأجيل

Delay

الأحرف الأولى للشاهد
Witness Initials

السمع

أدرك أن فقدان السمع قد لا يكون ملحوظاً عند الولادة بدون إجراء فحص. كما أعني أن أي درجة من فقدان السمع قد تؤدي إلى تأخر في تطور النطق واللغة والنمو العاطفي والاجتماعي.

رفض

Refuse

الأحرف الأولى لولي الأمر
Parent/Guardian Initials

HEARING

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.

تأجيل

Delay

الأحرف الأولى للشاهد
Witness Initials

قياس
التأكسج
النبضي

PULSE
OXIMETRY

أدرك أن علامات وأعراض عيوب القلب قد لا تظهر أحياناً إلا بعد عدة أسابيع أو أشهر. كما أعي أن عدم التشخيص والعلاج المبكر قد يؤدي إلى ضرر دائم أو الوفاة.

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.

رفض
Refuse

تأجيل
Delay

الأحرف الأولى لولي الأمر
Parent/Guardian Initials

الأحرف الأولى للشاهد
Witness Initials

في حال "تأجيل" أي من الفحوصات، يرجى تزويدنا باسم الجهة التي ستجري الفحص لمولودك:

For any **DELAYED** screenings, please provide the name of who will complete your baby's screening:

اسم العيادة/ مقدم الرعاية/ القابلة

Clinic/provider/midwife name:

اسم الوالد أو ولي الأمر بخط واضح:

Parent or Guardian Printed Name:

توقيع الوالد أو ولي الأمر:

Parent or Guardian Signature:

التاريخ:

Date:

صلة القرابة بالمولود:

Relationship to Newborn:

رقم الهاتف:

Phone Number:

يستكمل هذا الجزء من قبل المستشفى / القابلة فقط:
Hospital/Midwife Instructions for Completing this Form

اسم الشاهد (بخط واضح):

Witness Printed Name:

توقيع الشاهد:

Witness Signature:

مسمى / صفة الشاهد:

Witness Title / Role:

اسم الشاهد الثاني (اختياري):

Second Witness Printed Name (optional):

توقيع الشاهد الثاني (اختياري):

Second Witness Signature (optional):

رفض الوالد (الوالدان) / الوصي (الأوصية) أو قاموا بتأجيل بعض أو كافة أجزاء فحص حديثي الولادة واختاروا عدم التوقيع.

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

يستكمل هذا الجزء من قبل المستشفى / القابلة:

To be completed by hospital/midwife only

يجب استكمال الصفحة الأولى من نموذج "رفض أو تأجيل فحص حديثي الولادة من قبل الوالدين". ويجب إدراج النموذج الموقع ضمن السجل الطبي للرضيع، مع تقديم نسخة منه إلى Department of Health (بموجب قانون ولاية مينيسوتا 144.125).

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).

لتسريع الإجراءات وتجنب تواصل موظفي فحص حديثي الولادة معكم لعدة مرات، يرجى إرسال النموذج عبر الفاكس أو البريد إلى MDH خلال سبعة أيام من الولادة.

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.

يرجى الاتصال على الرقم : 651-201-5466

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

النموذج الأصلي إلى:
السجل الطبي للمولود

Original form to:
Newborn's Medical Record

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

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

الفاكس: (651) 215-6285
البريد الإلكتروني: health.newbornscreening@state.mn.us

Fax: (651) 215-6285
Email: health.newbornscreening@state.mn.us

نسخة إلى:
ولي الأمر/الوصي القانوني

Copy to:
Parent / Legal Guardian

نسخة إلى:
مقدم الرعاية الأولية / العيادة

Copy to:
Primary Care Provider / Clinic