

رد یا تأخیر پدر و مادر در معاینات نوزاد

Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

Dari

اجازه‌نامه افشای اطلاعات صحی محافظت شده به ترجمان

برچسب مریض را در این بخش قرار دهید یا موارد زیر را کامل کنید
Place patient label to cover or complete below

اسم کودک (تخلص، اسم):
Baby's Name (LAST, FIRST)

تاریخ تولد
Date of Birth

اسم مادر (تخلص، اسم):
Mother's Name (LAST, FIRST)

شفاخانه / قابله:
Hospital/Midwife

شما حق دارید معاینات نوزاد خود را رد یا به تعویق بیندازید. بخش(های) مربوط به معاینه نوزاد را که می‌خواهید رد کنید یا به تعویق بیندازید، انتخاب نموده و در مقابل آن حروف ابتدایی اسم خود را درج کنید.

به شما در مورد خطرات تأخیر یا عدم انجام معاینات نوزاد معلومات داده شده است. امضای این فورم به این معناست که شما در حال حاضر معاینات را رد می‌کنید. شما می‌توانید تصمیم بگیرید که نوزاد شما در زمان بعدی معاینه شود اگر تصمیم بگیرید معاینات نوزاد را بعداً انجام دهید، اداره صحت ایالت مینیسوتا (Minnesota Department of Health) تأکید می‌کند که معاینات در ظرف یک هفته پس از تولد انجام شود، چون نتایج آن دقیق تر است.

اگر تصمیم بگیرید نوزاد شما معاینه شود و نخواهید که (Minnesota Department of Health) نتایج آزمایش و نمونه های لکه خون نوزاد شما را نگهداری کند، امکان درخواست برای از بین بردن آن ها در هر زمان وجود دارد. برای فورم مورد نیاز، لطفاً به وبسایت براسمه معاینات نوزادان وزارت صحت مینیسوتا (Minnesota Department of Health) مراجعه کنید. www.health.state.mn.us/people/newbornscreening

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.

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.

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

لکه خون

من درک میکنم که علائم و نشانه های بیماری میتواند در چند روز اول زندگی ظاهر شود. برخی علائم و نشانه ها ممکن است در طول چند هفته یا چند ماه ظاهر نشوند. در صورت عدم تشخیص و درمان زودهنگام این بیماریها، مشکلات جدی صحی یا مرگ ممکن است رخ دهد.

رد کردن
Refuse

حروف اول اسم پدر و مادر یا
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.

تأخیر
Delay

حروف اول اسم شاهد
Witness Initials

شنوایی

من درک میکنم که کم شنوایی ممکن است در هنگام تولد بدون انجام معاینه قابل تشخیص نباشد. هر میزان کم شنوایی میتواند باعث تأخیر در رشد گفتار، زبان و همچنین رشد عاطفی و اجتماعی شود.

رد کردن
Refuse

حروف اول اسم پدر و مادر یا
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.

تأخیر
Delay

حروف اول اسم شاهد
Witness Initials

پالس
اکسیمتری

من علائم و نشانه‌های نقص‌های قلبی را درک می‌کنم
ممکن است تا چندین هفته یا چند ماه ظاهر نشود. در صورت عدم تشخیص و
درمان زودهنگام، آسیب دایمی یا مرگ ممکن است رخ دهد.

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.

رد کردن
Refuse

حروف اول اسم پدر و مادر یا
Parent/Guardian Initials

تأخیر
Delay

حروف اول اسم شاهد
Witness Initials

برای هر معاینه که به تعویق می‌افتد، لطفاً اسم شخص که معاینه نوزاد شما را انجام خواهد داد ارائه کنید:

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

اسم کلینیک / ارائه کننده خدمات / قابله:

Clinic/provider/midwife name:

اسم پدر و مادر یا سرپرست:

Parent or Guardian Printed Name:

امضای پدر و مادر یا سرپرست:

Parent or Guardian Signature:

تاریخ:

Date:

نسبت به نوزاد:

Relationship to Newborn:

شماره تماس:

Phone Number:

تنها توسط شفاخانه / قابله تکمیل شود
Hospital/Midwife Instructions for Completing this Form

اسم شاهد:

Witness Printed Name:

امضای شاهد:

Witness Signature:

عنوان شاهد / نقش:

Witness Title / Role:

اسم شاهد دوم (اختیاری):

Second Witness Printed Name (optional):

امضای شاهد دوم (اختیاری):

Second Witness Signature (optional):

پدر و مادر / سرپرستان برخی یا تمام بخش‌های معاینات نوزاد را رد یا به تعویق انداختند و تصمیم گرفتند که این فرم را امضا نکنند.

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

رد یا تأخیر پدر و مادر در معاینات نوزاد

دستور العمل شفاخانه / قابلہ برای تکمیل این فورم
To be completed by hospital/midwife only

صفحه 1 از فورم رد یا تأخیر پدر و مادر در معاینه نوزاد باید تکمیل شود. فورم امضا شده باید جزء دوسیه طبی نوزاد شامل گردد و یک کاپی (MN Statute 144.125) آن به اداره صحت ارسال شود

برای ساده سازی روند و جلوگیری از تماس های پی در پی از سوی کارمندان براسمه معاینه نوزاد، لطفاً این فورم را فکس یا پست کنید. مینیسوتا (Minnesota Department of Health) ارسال نمایند. برای هرگونه سوال با ظرف هفت روز پس از تولد به اداره صحت ایالت

شماره 651-201-5466 تماس بگیرید

اصل فورم به:
دوسیه طبی نوزاد

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

فکس: (651) 215-6285
ایمیل آدرس: health.newbornscreening@state.mn.us

کاپی به:
پدر و مادر / سرپرست قانونی

کاپی به:
ارائه کننده خدمات صحت / کلینیک

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