

د نوي زېږېدلي ماشوم د معاینې څخه انکار یا خنډول
Parental Refusal or Delay of Newborn Screening
Pashto
ژباړونکي ته د خوندي روغتیايي معلوماتو د شریکولو اجازه

د مریض نېمان دلته ونښلوئ یا لاندې معلومات ډک کړئ
Place patient label to cover or complete below

د ماشوم نوم (تخلص، نوم):
Baby's Name (LAST, FIRST)

د زېږېدو نېټه:
Date of Birth

د مور نوم (تخلص، نوم):
Mother's Name (LAST, FIRST)

روغتون/ قابله:
Hospital/Midwife

تاسو حق لرئ چې د خپل ماشوم د معاینې له ترسره کېدو څخه انکار وکړئ یا یې وځنډوئ. لاندې برخه/برخې وټاکئ او لنډ لاسلیک پرې وکړئ چې د نوي زېږېدلي ماشوم د معاینې کومه برخه رد یا خنډول غواړئ.

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.

تاسو ته د دې په اړه معلومات درکړل شوي چې د معاینې ځنډول یا نه ترسره کول کوم خطر ونه لري. د دې فورې لاسلیک کول پدې معنا دي چې تاسو په اوس وخت کې د معاینې له ترسره کېدو انکار کوئ. تاسو کولی شئ په وروسته وخت کې د خپل ماشوم معاینه ترسره کړئ. که تاسو وروسته د نوي زېږېدلي ماشوم د معاینې پرېکړه وکړئ، د مینیسوټا د روغتیا ریاست (MDH) سپارښتنه کوي چې دا معاینه د ماشوم د عمر په لومړۍ اوونۍ کې ترسره شي، ځکه په همدې وخت کې پایلې تر ټولو دقیقې وي.

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.

که تاسو پرېکړه وکړئ چې خپل ماشوم معاینه کړئ، او نه غواړئ چې د مینیسوټا د روغتیا ریاست (MDH) د ماشوم د ازموینې پایلې او د وینې د څاڅکو نمونې وساتي، نو دا اختیار شته چې دا په هر وخت کې له منځه یووړل شي. اړوند فورم لپاره، مهرباني وکړئ د د مینیسوټا د روغتیا ریاست (MDH) د نوي زېږېدلي ماشوم د معاینې پروګرام وپېلئ او وګورئ:
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

د وینې
څاڅکی

زه پوهېږم چې د ناروغیو نښې او علایم کېدای شي د ژوند په لومړیو ورځو کې څرګند شي. ځینې نښې او علایم کېدای شي تر څو اوونيو یا میاشتو پورې څرګند نه شي. که دا ناروغی په وخت ونه پېژندل شي او درملنه یې ونه شي، نو دایمي روغتیايي ستونزې یا حتی مرګ رامنځته کېدای شي

انکار
Refuse

د مور/پلار یا سرپرست لنډ لاسلیک
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.

خنډول
Delay

د شاهد لنډ لاسلیک
Witness Initials

د نوم ابتدايي
توري

زه پوهېږم چې د زړه د عیونو نښې او علایم کېدای شي تر څو اوونيو یا میاشتو پورې څرګند نه شي. که دا ناروغی په وخت ونه پېژندل شي او درملنه یې ونه شي، نو دایمي روغتیايي ستونزې یا حتی مرګ رامنځته کېدای شي.

انکار
Refuse

د مور/پلار یا سرپرست لنډ لاسلیک
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.

خنډول
Delay

د شاهد لنډ لاسلیک
Witness Initials

**د نبض
اکسیجن کچه
اندازه کول**

**PULSE
OXIMETRY**

زه پوهېږم چې د زړه د عیبونو نښې او علايم کېدای شي تر څو اوونيو يا مياشتو پورې څرگند نه شي. که دا ناروغی په وخت و نه پېژندل شي او درملنه یې و نه شي، نو دايمي روغتيايي ستونزې يا حتی مرگ رامنځته کېدای شي.

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.

**انکار
Refuse**

**ځنډول
Delay**

د مور/پلار يا سرپرست لنډ لاسليک
Parent/Guardian Initials

د شاهد لنډ لاسليک
Witness Initials

د هر ډول ځنډول شوي معاینې لپاره، مهرباني وکړئ د هغه کس/اداري نوم ولیکئ چې ستاسو د ماشوم معاینه به ترسره کوي:

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

روغتيايي خدمت وړاندې کوونکی/قابله نوم:

Clinic/provider/midwife name:

د مور/پلار يا سرپرست بشپړ نوم:

Parent or Guardian Printed Name:

مور/پلار/سرپرست لاسليک:

Parent or Guardian Signature:

نېټه:

Date:

له نوي زېږېدلي ماشوم سره اړیکه:

Relationship to Newborn:

ټیلیفون شمېره:

Phone Number:

یوازي د روغتون / قابله له خوا ډکېږي
Hospital/Midwife Instructions for Completing this Form

د شاهد بشپړ نوم:

Witness Printed Name:

د شاهد لاسليک:

Witness Signature:

د دوهم شاهد نوم (اختیاري):

Second Witness Printed Name (optional):

د دوهم شاهد لاسليک (اختیاري):

Second Witness Signature (optional):

مور/پلار / سرپرست تاییدوي چې دوی د نوي زېږېدلي ماشوم د معاینې ځینې يا ټولې برخې رد يا ځنډولي دي او د لاسليک کولو څخه یې انکار کړی دی.

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

د نوي زيږېدلي ماشوم د معاینې څخه انکار یا ځنډول

د دې فورمې د ډکولو لپاره د روغتون / قابله لارښوونې
To be completed by hospital/midwife only

د نوي زيږېدلي ماشوم د معاینې د رد يا ځنډ فورمې لومړۍ پاڼه بايد ډکه شي. لاسليک شوي فورمه بايد د ماشوم د طبي دوسيې برخه وگرځي او يوه کاپي يې د مينيسوتا د روغتيا رياست (Minnesota Department of Health) ته وسپارل شي (د مينيسوتا قانون: MN Statute 144.125).

د پروسي د ساده کولو او د نوي زيږېدلي ماشوم د معاینې د کارکونکو له خوا د څو ځله اړیکو د مخنيوي لپاره، مهرباني وکړئ فورمه د زيږون له نېټې څخه په اوو ورځو کې MDH ته فکس يا پست کړئ.

د پوښتنو لپاره اړیکه ونیسئ: **651-201-5466**

اصلي فورمه دې وسپارل شي:
د ماشوم روغتيا دوسيه

کاپي دې وسپارل شي:
Minnesota Department of Health
Newborn Screening
P.O. Box 64899
St. Paul, MN 55164-0899

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

کاپي دې وسپارل شي:
مور/پلار يا قانوني سرپرست

کاپي دې وسپارل شي:
لومړنۍ روغتيايي خدمت وړاندې کوونکی / کلينیک

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