

## الاعتراض على فحص الدم للأطفال حديثي الولادة

أنا/نحن، \_\_\_\_\_، ولـي الأمر/الوصي القانوني للطفل \_\_\_\_\_  
الاسم الكامل لولي الأمر/الوصي بخط واضح  
، المولود يوم \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ في \_\_\_\_\_

اسم الطفل \_\_\_\_\_  
شهر \_\_\_\_\_ يوم \_\_\_\_\_ سنة \_\_\_\_\_  
المرفق/المنشأة \_\_\_\_\_

1. تم شرح الفوائد الطبية لفحص الدم لحديثي الولادة لي/لنا بشكل كامل، كما هو مطلوب لجميع حديثي الولادة في ولاية أوريغون بموجب القواعد الإدارية 1000-024-333 إلى 333-024-1110.
  2. تم إبلاغي/إبلاغنا وفهم أن هذا الفحص يتم لاكتشاف أكثر من 40 اضطراباً، حيث قد لا تظهر الأعراض أحياناً لعدة أسابيع أو أشهر، ويمكن أن يحدث ضرر لا يمكن تفاديه قبل أن تصبح الأعراض واضحة للعائلة أو مقدمي الرعاية الصحية.
  3. أفهم/نفهم أن عدم اكتشاف وعلاج الحالات التي تم فحصها خلال الأيام أو الأسبوعين الأولين من الحياة يمكن أن تكون مهددةً للحياة أو تسبب إعاقات عقلية أو جسدية كبيرة.
  4. تم إبلاغي/إبلاغنا وفهمنا أن خطر إصابة طفلي بإحدى هذه الحالات هو حوالي 1 من كل 250 طفل.
  5. لقد ناقشت/ناقشتني الفحص مع المرضية المسجلة، مساعد الطبيب، الممرضة المسجلة، الطبيب، طبيب تقويم العظام، القابلة التي شرح لنا المخاطر المترتبة على عدم خضوع طفلي للفحص.
  6. تم إبلاغي/إبلاغنا وفهمت/فهمنا السبب الوحيد المسموح به قانوناً لرفض خضوع طفلنا الرضيع للفحص.

، المولود في \_\_\_\_\_ ، أن هذا الطفل معفى من فحص حديثي الولادة.

اسم الطالب \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

التاريخ

اسم الطفل

التاريخ

### توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني

الأصل إلى:

الملف الطبي للطفل

سخة إلى:  
ولي الأمر/الوصي القانوني

نسخة إلى:  
Oregon NBS Program  
PO Box 275  
Portland, OR 97207-0275

7202 NE Evergreen Parkway Suite 100, Hillsboro, Oregon, 97124

الهاتف: 693-4174 | الفاكس: (503) 693-5601

جميع المكالمات المحولة مقبولة | <https://www.oregon.gov/oha/ph/laboratoryservices/newbornscreening>