

Oregon State Public Health Laboratory

البرنامج الإقليمي الشمالي الغربي لاختبار الدم



الاعتراض على فحص الدم للأطفال حديثي الولادة

أنا/نحن، _____، وليّ الأمر/الوصي القانوني للطفل

الاسم الكامل لوليّ الأمر/الوصي بخط واضح

_____، المولود يوم ____ / ____ / ____ في _____.

المرفق/المنشأة

شهر يوم سنة

اسم الطفل

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 333-024-1000 إلى 333-024-1110.
 2. تم إبلاغي/إبلاغنا ونفهم 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 الأسابيع الأولى من الحياة يمكن أن تكون مهددة 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/ناقشنا الفحص مع _____ الممرضة المسجلة، مساعد الطبيب، الممرضة المسجلة، الطبيب، طبيب تقويم العظام، القابلة التي/الذي شرح لنا المخاطر المترتبة على عدم خضوع طفلي للفحص.
 6. تم إبلاغي/إبلاغنا وفهمنا/فهمنا السبب الوحيد المسموح به قانوناً لرفض خضوع طفلنا الرضيع للفحص.
- وفقاً لأحكام قواعد ولاية أوريغون الإدارية 333-024-1050، يعلن وليّ الأمر أو الوصي القانوني الموقع أدناه للطفل _____، المولود في _____، أن هذا الطفل معفى من فحص حديثي الولادة.
- اسم الطفل _____ التاريخ _____

التاريخ

توقيع وليّ الأمر أو الوصي القانوني

نسخة إلى:
وليّ الأمر/الوصي القانوني
PCP:

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

الأصل إلى:
الملف الطبي للطفل

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

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

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