

Oregon State Public Health Laboratory



د شمال لویدیز سیمه ایز د وینې معاینې پروګرام (Northwest Regional Bloodspot)
(Screening Program)

د نوي زیږیدلي ماشوم د وینې معاینې باندې اعتراض

زه/مور، _____ د
د والدینو/سرپرست چاپ بشپړ نوم

والدین/قانوني سرپرست یم/یو، چې په _____ / _____ / _____
د ماشوم نوم میاشت ورځ کال اسانتیا

1. ما/مور ته د نوي زیږیدلي ماشوم د وینې معاینې طبي ګټې په بشپړ ډول تشریح شوي دي لکه څنګه چې د اوریګون ایالت کې د ټولو نوو زیږیدلو ماشومانو لپاره د اداري مقرراتو 333-024-1000 لخوا د 333-024-1110 له لارې اجباري ده.

2. ما/مور ته خبر راکړل شوي دي او پوهیږم/پوهیږو چې دا معاینه د 40 څخه زیات اختلالاتو موندلو لپاره ترسره کيږي چېرې چې ننې پې ځینې وختونه د څو اونیو یا میاشتو لپاره نه څرګندیږي، او نه را ستنبډونکي زیان مخکې له دې چې کورنۍ یا د روغتیايي پاملرنې چمتو کوونکو ته ننې څرګندې شي رامنځته کیدی شي.

3. زه/مور پوهیږم/پوهیږو چې د ژوند په لومړیو څو ورځو یا اونیو کې د معاینه شوي حالتونو په موندلو او درملنه کې پاتې راتلل ژوند ګواښونکي کېدای شي یا د پام وړ رواني یا فزیکي زیان لامل کېدای شي.

4. ما/مور ته خبر راکړل شوي دي او پوهیږم/پوهیږو چې زما د ماشوم خطر په 250 زیږیدنو کې نږدې 1 دي.

5. ما/مور د ازموینې په اړه د _____ د RN, PA, NP, MD, DO دایي سره پرې بحث کړي دي چې زما د ماشوم معاینه نه ترسره کېدو په صورت کې پدې کې شامل خطرونه تشریح کړي دي.

6. ما/مور ته خبر راکړل شوي دي او د خپل تبخور ماشوم د معاینه کولو څخه انکار کولو یوازینی قانوني د جواز وړ دلیل پیژنم.

د اوریګون اداري مقرراتو 333-024-1050 د احکامو سره سم، د _____ په _____

نېټه

د ماشوم نوم

زیږیدلي لاندې لاسلیک شوي والدین یا قانوني سرپرست، وایي چې دا ماشوم د نوي زیږیدلي معاینې څخه معاف دي.

نېټه

د والدینو یا قانوني سرپرست لاسلیک

کاپي دې ته:
والدین/قانوني سرپرست
PCP:

کاپي دې ته:
د اوریګون NBS پروګرام
پوسټ بکس 275
Portland, OR 97207-0275

اصلي دې ته:
د تبخور ماشوم طبي ریکارډ

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

غبریزه اړیکه: (503) 693-4174 | فکس: 503-693-5601

ټول د ریلې زنګونه منل کيږي | <https://www.oregon.gov/oha/ph/laboratoryservices/newbornscreening>