

Oregon State Public Health Laboratory

북서부 지역 혈소판 선별검사 프로그램



신생아 선별 혈액 검사에 대한 이의 제기

본인/우리, _____ 은(는) _____ 의
부모/보호자 성명(정자체) 자녀 이름
부모/법적 보호자입니다 (자녀 출생일: _____ / _____ 출생지: _____).

년 월 일

시설

- 본인은/우리는 행정 규칙 333-024-1000 ~ 333-024-1110을 통해 오리건주의 모든 신생아에게 의무화된 신생아 선별 혈액 검사의 의료 혜택에 대해 충분한 설명을 들었습니다.
- 본인은/우리는 증상이 몇 주 또는 몇 달 동안 나타나지 않는 경우가 있고 가족이나 의료 서비스 제공자가 증상을 발견하기 전에 돌이킬 수 없는 손상이 발생할 수 있는 40가지 이상의 장애를 이 선별 검사를 통해 발견할 수 있다는 사실을 알고 있으며 이를 이해합니다.
- 본인은/우리는 생후 처음 며칠 또는 몇 주 이내에 선별 검사를 통해 발견된 질환을 치료하지 않으면 생명을 위협하거나 심각한 정신적 또는 신체적 장애를 초래할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은/우리는 아기가 이러한 질환에 걸릴 확률이 출생아 250명 중 1명꼴이라는 정보를 접하고 이해했습니다.
- 본인은/우리는 아이가 선별 검사를 받지 않을 경우의 위험에 대해 설명해준 _____ RN, PA, NP, MD, DO, 조산사와 함께 검사에 대해 논의했습니다.
- 본인은/우리는 아기의 선별 검사를 거부할 수 있는 법적으로 허용되는 유일한 사유에 대해 고지 받았으며 이를 이해했습니다.

오리건주 행정 규칙 333-024-1050의 조항에 따라, _____에 출생한 아래 서명된
날짜
의 부모 또는 법적 보호자는 이 아동이 신생아 선별검사에서 면제됨을
명시합니다.
자녀 이름 _____

부모 또는 법적 보호자의 서명

날짜

원본 송부처:
유아의 의무 기록

사본 송부처:
오리건주 NBS 프로그램
PO Box 275
Portland, OR 97207-0275

사본 송부처:
부모/법적 보호자
PCP: _____

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

음성: (503) 693-4174 | 팩스: 503-693-5601

모든 릴레이 통화 허용 | <https://www.oregon.gov/oha/ph/laboratoryservices/newbornscreening>