

Oregon State Public Health Laboratory

Северо-западная региональная программа скрининга по пятну крови



Отказ от проведения анализа крови для скрининга новорожденных

Я/мы, _____ являюсь/являемся родителями / законными опекунами

Фамилия и имя родителя/опекуна печатными буквами

_____, родившегося ____ / ____ / ____ в _____.

Фамилия и имя ребенка

ММ ДД ГГГГ

Учреждение

1. Мне/нам подробно объяснили медицинские преимущества проведения скринингового анализа крови новорожденных, который в обязательном порядке проводится для всех новорожденных в штате Орегон в соответствии с административными правилами 333-024-1000 и 333-024-1110.

2. Я/мы проинформирован и понимаем, что этот скрининг проводится для выявления более 40 заболеваний, симптомы которых иногда не проявляются в течение нескольких недель или месяцев, а необратимые повреждения могут возникнуть до того, как симптомы станут заметны семье или медицинским работникам.

3. Я/мы понимаем, что если в первые несколько дней или недель жизни не диагностировать и не лечить выявляемые при данном скрининге заболевания, это может угрожать жизни или привести к значительным психическим или физическим нарушениям.

4. Мы проинформированы и понимаем, что риск возникновения у моего ребенка одного из этих заболеваний составляет примерно 1 на 250 родов.

5. Я/мы обсудили проведение этого анализа с дипломированной медсестрой (Registered Nurse, RN), ассистентом врача (Physician Assistant, PA), практикующей медсестрой (Nurse Practitioner, NP), врачом (MD), врачом остеопатической медицины (Doctor of Osteopathic Medicine, DO), акушеркой _____, который(-ая/-ые) объяснил(-а/-и), какие риски могут возникнуть, если мой ребенок не пройдет скрининг.

6. Я/мы были проинформированы и понимаем единственную юридически допустимую причину отказа от скрининга моего/нашего ребенка.

В соответствии с положениями Административных правил штата Орегон 333-024-1050 нижеподписавшийся родитель или законный опекун _____, родившегося в _____, заявляет, что этот ребенок не будет проходить скрининг новорожденных.

Подпись родителя или законного опекуна

Дата

Оригинал документа передать:
Медицинская документация
новорожденного

Копию передать:
Oregon NBS Program (Программа скрининга
новорожденных [NBS] в штате Орегон)
PO Box 275

Portland, OR 97207-0275

Копию передать:
Родитель / законный опекун

Основной лечащий врач (Primary Care Provider,
PCP): _____

7202 NE Evergreen Parkway Suite 100, Hillsboro, Oregon, 97124 (7202 Северо-Восток, Эвергрин Парквей Сьют 100, Хиллсборо, штат Орегон, 97124)

Телефон: (503) 693-4174 | Факс: 503-693-5601

Принимаем все звонки, которые на нас переводят | <https://www.oregon.gov/oha/ph/laboratoryservices/newbornscreening>