

Oregon State Public Health Laboratory

西北地区血斑筛查计划



反对新生儿筛查血液检测

我（们），_____是_____正楷书写父母/监护人的全名 儿童姓名
(于 _____ / _____ 在 _____ 出生) 的父母/法定监护人。
月 日 年 设施

1. 已向我/我们充分解释了新生儿筛查血液测试的医疗益处，该测试是俄勒冈州行政法规 333-024-1000 规定的对所有新生儿强制要求的。
333-024-1110。
2. 我（们）已被告知并理解，这项筛查是为了检测 40 多种疾病，这些疾病的症状有时在数周或数月内才会出现，而且在家人或医疗服务提供者发现症状之前就可能发生不可逆转的损害。
3. 我（们）知道，如果不能在生命的最初几天或几周内发现和治疗筛查出的病症，可能会危及生命或造成严重的精神或身体损伤。
4. 我（们）已被告知并理解，我的婴儿患有这些疾病中的一种的风险约为出生婴儿的 250 分之 1。
5. 我（们）已经与 _____ RN、PA、NP、MD、DO、助产士讨论了这项检测，他们解释了如果我的孩子不接受筛查会涉及的风险。
6. 我（们）已被告知并理解拒绝为我（们）的婴儿进行筛查的唯一合法理由。

根据俄勒冈州行政法规 333-024-1050 的规定，以下签名的 _____ (出生儿童姓名)
生于 _____ 的父母或法定监护人声明，可免于新生儿筛查。

日期

家长或法定监护人签名

日期

原文至：
婴儿病历

抄送至：
俄勒冈州 NBS 计划
PO Box 275
Portland, OR 97207-0275

抄送至：
父母/法定监护人
PCP: _____

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

语音信箱: (503) 693-4174 | 传真: 503-693-5601

接受所有中继呼叫 | <https://www.oregon.gov/oha/ph/laboratoryservices/newbornscreening>