

## 對新生兒篩查血液測試持異議

本人/我們，\_\_\_\_\_ 是

家長/監護人正楷全名

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ 在 \_\_\_\_\_ 出生之 \_\_\_\_\_ 的家長/合法監護人。

月 日 年

設施

子女的姓名

1. 已有人向本人/我們充分解釋了俄勒岡州行政法規 333-024-1000 至 333-024-1110 所規定為所有新生兒進行新生兒篩查血液測試的醫療益處。。
2. 本人/我們已獲悉並理解，此篩檢是為了檢測 40 多種有時要過幾週或幾月才會出現症狀的疾病，而且這些疾病有可能在家人或醫護人員發現其症狀之前就引發無以逆轉的損害。
3. 本人/我們明白，未能在出生的最初幾天或幾週內發現並治療所篩查的病症，可能會危及生命或造成嚴重的精神或身體損傷。
4. 本人/我們已獲悉並理解，我的寶寶患上其中一種病症的風險比率約為 250 名新生兒中就有 1 人。
5. 本人/我們已經與 \_\_\_\_\_ RN、PA、NP、MD、DO、助產士討論過該測試，其解釋了若本人子女不接受篩查將會帶來的風險。
6. 本人/我們已知情並了解拒絕讓本人/我們的寶寶接受篩查的唯一合法理由。

根據俄勒岡州行政法規 333-024-1050 的規定，出生於 \_\_\_\_\_ 之

日期

\_\_\_\_\_  
子女姓名 的家長或法定監護人在下方簽名，特此聲明此子女免於進行新生兒篩查。

家長或監護人簽名

日期

正本載入：  
嬰兒的病歷

副本交予：  
俄勒岡州 NBS 計劃  
PO Box 275  
Portland, OR 97207-0275

副本交予：  
家長/法定監護人  
家庭醫生：\_\_\_\_\_

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

錄音電話：(503) 693-4174 | 傳真：503-693-5601

接受所有轉駁來電 | <https://www.oregon.gov/oha/ph/laboratoryservices/newbornscreening>