

नवजात शिशु स्वास्थ्य परिक्षण अस्वीकार सम्झौता REFUSAL TO CONSENT TO REPEAT NEWBORN SCREENING

म/हामी, _____, बच्चाको आमा-बुबा/अभिभावक

आमा- बुबा/अभिभावकको नाम

बच्चाको नाम _____ बच्चाको जन्म मिति _____

शिशुको नाम

बच्चाको जन्म मिति

जन्मिएको स्थान: _____

जन्मिएको स्थान

हाम्रो बच्चाको स्वास्थ्य अवस्था यस्तो पनि हुनसक्छ जसले गर्दा ऊ अशक्त, बيمारी वा उसको मृत्यु पनि हुनसक्छ भन्ने कुरा परिक्षण गर्नको लागि रगत लिने कुरामा हामी अस्वीकार गर्छौं। हामीलाई थाहा छ कि प्रारम्भिक परीक्षणको लागि लिइएको नमूना सन्तोषजनक नभए र परिक्षण दोहोर्‍याउनु पर्ने आवश्यकतालाई संकेत गर्छ। तल सूचीबद्ध ३३ प्रकारका स्वास्थ्य अवस्थाहरूको लागि परिक्षण गरिएको थियो। म / हामी बुझ्छौं कि भर्मान्त स्वास्थ्य विभागले सबै बच्चाहरूलाई नवजात शिशु अवधिमा यी स्वास्थ्य अवस्थाहरूको लागि परीक्षण गर्न सिफारिस गर्दछ।

<i>3-Methylcrotonyl-CoA carboxylase deficiency (3MCC)</i>	<i>Maple syrup urine disease (MSUD)</i>
<i>3-OH 3-CH3 glutaric aciduria (HMG)</i>	<i>Medium-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (MCAD)</i>
<i>Argininosuccinic acidemia (ASA)</i>	<i>Methylmalonic acidemia (Cbl A, B)</i>
<i>Beta-ketothiolase deficiency (BKT)</i>	<i>Methylmalonic acidemia (MUT)</i>
<i>Biotinidase deficiency (BIOT)</i>	<i>Mucopolysaccharidosis type I (MPS I)</i>
<i>Carnitine uptake defect (CUD)</i>	<i>Multiple carboxylase deficiency (MCD)</i>
<i>Citrullinemia (CIT)</i>	<i>Phenylketonuria (PKU)</i>
<i>Congenital adrenal hyperplasia (CAH)</i>	<i>Pompe disease</i>
<i>Congenital hypothyroidism (HYPOTH)</i>	<i>Propionic acidemia (PROP)</i>
<i>Cystic fibrosis (CF)</i>	<i>Severe Combined Immunodeficiency (SCID)</i>
<i>Galactosemia (GALT)</i>	<i>Sickle cell anemia (SCA)</i>
<i>Glutaric acidemia type I (GA I)</i>	<i>Spinal muscular atrophy (SMA)</i>
<i>Hb S/Beta-thalassemia (Hb S/Th)</i>	<i>Trifunctional protein deficiency (TFP)</i>
<i>Hb S/C disease (Hb S/C)</i>	<i>Tyrosinemia type I (TYR I)</i>
<i>Homocystinuria (HCY)</i>	<i>Very long-chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency (VLCAD)</i>
<i>Isovaleric acidemia (IVA)</i>	<i>X-linked adrenoleukodystrophy (X-ALD)</i>
<i>Long-chain L-3-OH acyl-CoA dehydrogenase deficiency (LCHAD)</i>	

अन्य प्रकारको स्वास्थ्य परीक्षणहरूमा श्रवण समस्याको लागि जाँच र जन्मजात हृदय रोगको लागि पल्स ऑक्सीमेट्री समाविष्ट हृदय रोग परीक्षण पर्दछन।

~मैले/हामीले भर्मान्त स्वास्थ्य विभाग नवजात शिशु स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रम द्वारा उपलब्ध गराइएको ब्रोसर पढ्यौं र बुझ्यौं कि भर्मान्त स्वास्थ्य विभागले सबै बच्चाहरूलाई नवजात शिशु अवधिमा यी स्वास्थ्य अवस्थाहरूको लागि परीक्षण गर्न सिफारिस गर्दछ ।

~म / हामी बुझ्छौं कि भर्मान्त स्वास्थ्य विभाग नवजात शिशु स्वास्थ्य परिक्षण कार्यक्रमले मिति _____ मा गरिएको परिक्षण मा _____ परिणाम देखिएको कारण पुनः अनुगमन परीक्षणको लागि सिफारिस गर्दछ।

~मैले/ हामीले महशुस गर्दछौं कि हामीलाई सबै आवश्यक जानकारीहरू उपलब्ध गराइएको छ र हामीले हाम्रो बच्चालाई दोहोराएर नवजात शिशु स्वास्थ्य परिक्षण नगर्न निर्णय गरेका छौं।

~मैले/हामीले नवजात शिशु परिक्षण स्टाफ, बच्चाको डाक्टर, वा अन्य हेरचाह प्रदायकसँग नवजात शिशु जाँचको बारेमा छलफल गर्न चाहार्दैनौं, जोहरु यस सम्बन्धी हामा सबै प्रश्नहरूको जवाफ दिनको लागि उपलब्ध हुनुहुन्छ।

~मैले/हामीले यो कुरा पनि बुझ्यौं कि यदि हाम्रो बच्चालाई यी मध्ये कुनै स्वास्थ्य अवस्था छ, र त्यो स्वास्थ्य अवस्था नवजात शिशु अवधिमा निदान गरिएको छैन, जसको कारणले हाम्रो बच्चालाई बौद्धिक अशक्तता र / वा मृत्यु सहित, धेरै उच्च स्वास्थ्य समस्या हुनसक्छ भन्नेकुरा हामीले बुझेका छौं।

आमा- बुबा/अभिभावकको दस्तखत/सही

मिति

साक्षीको दस्तखत/सही

मिति

यसको एकप्रति फोटोकपीहरू भर्मान्त नवजात स्वास्थ्य जाँच कार्यक्रम, P.O. Box 70, 108 Cherry St., Burlington, VT 05402 मा मेल गरि पठाउनुहोस। प्रश्नहरूको लागि कृपया (802) 951-5180 मा फोनको गर्नुहोस।