



PAGE 1/2
REV 01/2025

တၢ်န့ၣ်လီၤ လၢကမၤဟးဂီၤကွၢ် သွၣ်အဖိးတဖၣ် ဒီး/မ့တမ့ၢ် ဖိသၣ်အိၣ်ဖျၢၣ်သီ တၢ်သမံသမိး တၢ်မၤကွၢ်အစၢ တဖၣ်

Directive to Destroy

Blood Spots and/or Newborn Screening Test Results

Karen

တၢ်ဟ့ၣ်စိဟ့ၣ်ကမီၤ လၢ ကထးထီၣ်ရၤလီၤ တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်ဒိသဒါအီၤ ဆူ ပၤတဲကျိးထံ

ဖိသၣ် အမံၤ (မံၤခိၣ်ထံး ဒီး မံၤကတၢၢ်)-

Child's name (first & last):

အိၣ်ဖျၢၣ်မုၢ်နီၤ-

Birth date:

မိၤလၢအိၣ်ဖျၢၣ်ဖိ အမံၤ (မံၤခိၣ်ထံး ဒီး မံၤကတၢၢ်)-

Birth mother's name (first & last):

တၢ်ဆါဟံၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်အိၣ်ဖျၢၣ် တၢ်လီၤတၢ်ကျဲ

Hospital or place of birth:

လံာ်ကိၣ်ဒိအံၤ တၢ်စူးကါအီၤဒီး- (ဝံသးစူၤ မၤနီၣ်လီၤ တၢ်လၢအဘၣ်ထွဲ ခဲလၢာ်)

This form applies to: (Please check all that apply)

သွၣ် အဖိး အဒိ(တဖၣ်)

Blood spot specimen(s)

တၢ်မၤကွၢ်အစၢ ခဲလၢာ် (သွၣ်အဖိး, တၢ်နီၤဟူ, ဒီး တၢ်ထီၣ်ကွၢ် အီးစံၣ်ကွၢ်(န) လၢသွၣ်အပူၤ)

All test results (blood spot, hearing, & pulse oximetry)

မိၤပၤ(တဖၣ်) မ့တမ့ၢ် ပၤကွၢ်ထွဲတၢ်(တဖၣ်)- ဝံသးစူၤ ဖး ဒီး နီၣ်ပၤ တၢ်လၢလၢာ် တချးလၢမၤပဲၤ ဒီး ဆဲးလီၤမံၤလၢလံာ်ကိၣ်ဒိအံၤ န့ၣ်တက့ၢ်.
Parent(s) or guardian(s): please read and understand the following before completing and signing this form.

ယၤ, ပၤဖိသၣ်လၢ လၢတၢ်ယၤထီၣ်အမံၤ လၢလၢာ် အမိၤပၤ မ့တမ့ၢ် ပၤကွၢ် ထွဲတၢ်, န့ၣ်လီၤ Minnesota တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ဝဲၤကျိၤ (Minnesota Department of Health - MDH) ဖိသၣ်အိၣ်ဖျၢၣ်သီ တၢ်သမံသမိး တၢ် န့ၣ်တၢ်ကျဲၤ ကမၤဟးဂီၤ ယဖိ အဖိသၣ်အိၣ်ဖျၢၣ်သီ တၢ်သမံသမိး သွၣ်အဖိး အဒိ(တဖၣ်) ဒီး/မ့တမ့ၢ် တၢ်သမံသမိး တၢ်မၤကွၢ် အစၢတဖၣ်, တၢ်မၤကွၢ် အီး စံၣ်ကွၢ်(န) လၢသွၣ်အပူၤ အစၢတဖၣ်, ဒီး တၢ်နီၤဟူ တၢ်သမံသမိး အစၢတဖၣ် လၢ တၢ်ဟံၣ်ကီၤယၢာ်အီၤ ဖဲ Minnesota တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ဝဲၤကျိၤ, ဒ်တၢ်ဒုးန့ၣ်ဟံၣ်ဖျါ ထီၣ်အီၤ လီၤတၢ်လီၤဆဲး လၢထးအသိး န့ၣ်လီၤ.

ယ နီၣ်ပၤ လၢ တၢ်မၤဟးဂီၤ ယဖိ အသွၣ်အဖိးအဒိ(တဖၣ်) အယိ တၢ်စူးကါ တၢ်အံၤတမံၤလၢလၢာ် လၢခါဆူၣ်တသ့လၢဘၣ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်မၤဟးဂီၤ ယဖိ အ တၢ်မၤကွၢ်အစၢတဖၣ် လၢတၢ်ဟံၣ်ကီၤယၢာ်အီၤဖဲ Minnesota တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ် ချ့ဝဲၤကျိၤ ကဟံၣ်နီၣ် တၢ်နီၤလီၤမၤနီၤ တၢ်အံၤခါဆူၣ် ဆူအဝဲသ့ၣ် ဒီးယဟံၣ်ဖိ ယဖိ ဒီး ပၤဟ့ၣ် တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ တၢ်ကွၢ်ထွဲတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.

မိၤပၤ မ့တမ့ၢ် ပၤကွၢ်ထွဲတၢ် ကွဲးလီၤမံၤ (မံၤခိၣ်ထံး ဒီး မံၤကတၢၢ်)-
Parent or guardian printed name (first & last):

မိၤပၤ မ့တမ့ၢ် ပၤကွၢ်ထွဲတၢ် ဆဲးလီၤမံၤ-
Parent or guardian signature:

တနံၤအံၤအမုၢ်နီၤ-
Today's date

တၢ်ဆူၣ်လံာ်ပရၢ လီၤအိၣ်ဆိးထံး
Mailing Address

လီၤအိၣ်ဆိးထံး နီၣ်ဂံၢ် 1-
Address line 1

လီၤအိၣ်ဆိးထံး နီၣ်ဂံၢ် 2-
Address line 2

တၢ်ဘၣ်ထွဲဒီး ဖိသၣ်-
Relationship to child

ကျဲနီၣ်ဂံၢ်, ဒီပနံၣ် အမံၤ, ဒီဖျိ

ဝ်
City

ကီုစဲး/ကီုရှဲး/ဟီုကဝီု-
State/Province/Regions

စံး(ပ)ဟီုကဝီု/လံာ်ပရၢတး ခိး(ဒ) နီုဂံာ်-
ZIP/Postal code

လီုတဲစိ နီုဂံာ်-
Phone number

မ့ၢ်လၢ ကသံာ်ဒး တၢ်မၤကွၢ်ဒး တၢ်မၤဂ့ၤထီၣ် တၢ်ဘျီတၢ်တၢ်
(Clinical Laboratory Improvement Amendments - CLIA)
- တၢ်သီၣ်တၢ်သီတၢ်ဘျီ ဟံးမ့ၢ်ဒါလၢ ပၤဆၢရဲၣ်ကွဲၤ တၢ်မၤကွၢ်ဒး -
တၢ်ဃုထီၣ် Minnesota တၢ်အိၣ်ဆူၣ်အိၣ်ချ့ဝဲၤကွဲၤ လၢကပၤဃာ်
တၢ်မၤကွၢ်အစၢ တဖၣ်ခံၣ်န့ၣ်လီၤ. MDH ကဘိးဘၣ်သ့ၣ်ညါန့ၣ် ခီၣ်ဖျါ
US လံာ်ပရၢတး ဖဲတၢ်ဃုထီၣ် တၢ်မၤဟးဂီၤ သ့ၣ်အဖိးအဃုထီၣ် ဃုာ်
ဒီး မ့ၢ်န့ၣ် လၢတၢ်ကမၤဟးဂီၤကွၢ် တၢ်မၤကွၢ်အစၢတဖၣ်အခါ န့ၣ်လီၤ.

ဆၢ လံာ်ကွၢ်ဒိ လၢတၢ်မၤပဲၤလံာ်အီၤဆူ-

Minnesota Department of Health

Newborn Screening Program

P.O. Box 64899

St. Paul, MN 55164-0899

Due to the Clinical Laboratory Improvement Amendments
(CLIA) - regulations responsible for governing lab testing - the
Minnesota Department of Health is required to keep test
results for two years. You will be notified by MDH via US mail
upon destruction of dried blood spots as well as the date when
the test results will be destroyed.

Phone:(800) 664-7772

Fax:(651) 215-6285

Email: health.newbornscreening@state.mn.us

Website: www.health.state.mn.us/newbornscreening