



СТР. 1 / 2
РЕД. 01/2025

Требование на уничтожение

Пятна крови и/или результаты анализов, полученные в ходе скрининга

новорожденных

Directive to Destroy

Blood Spots and/or Newborn Screening Test Results

Russian

Разрешение на раскрытие защищённой медицинской информации переводчику

Имя и фамилия ребёнка:

Child's name (first & last):

Дата рождения:

Birth date:

Имя и фамилия биологической матери:

Birth mother's name (first & last):

Клиника или место рождения:

Hospital or place of birth:

Эта форма относится к: *(отметьте всё, что применимо)*

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

Образцы пятен крови

Blood spot specimen(s)

Все результаты анализов (пятно крови, слух и пульс-оксиметрия)

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

Родитель(и) или опекун(ы): прежде чем заполнить и подписать эту форму, прочитайте и уясните следующее.

Parent(s) or guardian(s): please read and understand the following before completing and signing this form.

Я, родитель или опекун указанного ниже ребёнка, направляю в Программу скрининга новорождённых Департамента здравоохранения Миннесоты (MDH) требование уничтожить образцы пятен крови и/или результаты анализов и проверки слуха по Программе скрининга новорождённых, хранящиеся в Департаменте здравоохранения Миннесоты, как указано выше.

I, the parent or guardian of the child named below, am directing the Minnesota Department of Health (MDH) Newborn Screening Program to destroy my child's newborn screening blood spot specimen(s) and/or screening test results, pulse oximetry results, and hearing screening results stored at the Minnesota Department of Health, as specified above.

Я понимаю, что уничтожение образцов пятен крови моего ребёнка сделает их непригодными для любого будущего использования. Уничтожение результатов анализов моего ребёнка, хранящихся в Министерстве здравоохранения Миннесоты, ограничит будущий доступ к ним для моей семьи и поставщиков медицинских услуг.

I understand that destroying my child's blood spot specimen(s) will make them unavailable for any future use. Destroying my child's test results stored at the Minnesota Department of Health will limit future access to them by my family and health care providers.

Имя и фамилия родителя или опекуна (печатными буквами):

Parent or guardian printed name (first & last):

Подпись родителя или опекуна:

Parent or guardian signature:

Сегодняшняя дата:

Today's date

Кем приходится ребёнку:

Relationship to child

Почтовый адрес

Mailing Address

Строка адреса 1:

Address line 1

Улица и номер дома, название компании, получатель почты

Строка адреса 2:

Address line 2

№ квартиры, корпус, подъезд, этаж и т. д. — MDH не может отправлять письма на абонентский ящик

СТР. 2 / 2

Город:
City

Штат/регион:
State/Province/Regions

Почтовый индекс:
ZIP/Postal code

Номер телефона:
Phone number

Согласно "Поправкам к инструкциям по работе клинических лабораторий" (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) — правилам, регулирующим управление лабораторными анализами, — Департамент здравоохранения Миннесоты должен хранить результаты анализов в течение двух лет. MDH уведомит вас по почте США об уничтожении высушенных пятен крови, а также сообщит дату уничтожения результатов анализов.

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.

Отправьте заполненную форму по адресу:

Minnesota Department of Health

Newborn Screening Program

P.O. Box 64899

St. Paul, MN 55164-0899

Телефон: (800) 664-7772

Факс: (651) 215-6285

Электронная почта: health.newbornscreening@state.mn.us

Веб-сайт: www.health.state.mn.us/newbornscreening