



СТР. 1 /2
РЕД. 01/2025

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.

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.

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.

Отправьте заполненную форму по адресу:

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.

Телефон: (800) 664-7772

Факс: (651) 215-6285

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