

## Отказ или задержка скрининга новорождённых по требованию родителей

### Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

Russian

Разрешение на раскрытие защищённой медицинской информации переводчику

ПОМЕСТИТЕ СТИКЕР ПАЦИЕНТА, ЧТОБЫ ЗАКРЫТЬ ИЛИ ЗАПОЛНИТЬ ИНФОРМАЦИЮ НИЖЕ

Place patient label to cover or complete below

ИМЯ и ФАМИЛИЯ ребёнка

Baby's Name (LAST, FIRST)

Дата рождения

Date of Birth

ИМЯ и ФАМИЛИЯ матери

Mother's Name (LAST, FIRST)

Клиника / акушерка

Hospital/Midwife

Вы имеете право отказаться от скрининга своего ребёнка или отложить его. Выберите ниже, от каких частей скрининга новорождённых вы хотите отказаться или отложить их.

You have the right to refuse or delay having your baby screened. Select and initial below which part(s) of newborn screening you wish to refuse or delay.

Вы проинформированы о рисках задержки и/или отмены скрининга вашего ребёнка. Подписание этой формы означает, что вы отказываетесь от скрининга *по состоянию на это время*. Вы можете запросить скрининг своего ребёнка позднее. Если вы решите провести скрининг новорождённого позже, MDH настоятельно рекомендует пройти скрининг в течение одной недели после рождения, когда скрининг показывает наиболее точные результаты.

You have been informed of the risks of delaying and/or not screening your baby. Signing this form means you are refusing screening *at this time*. You can choose to have your baby screened at a later time. If you choose to have newborn screening done later, MDH strongly encourages completing screening within one week of age when screening is most accurate.

Если вы решите провести скрининг своего ребёнка, но не хотите, чтобы MDH хранил результаты анализов и пятна крови ребёнка, есть возможность в любое время их уничтожить. Для получения необходимой формы зайдите на веб-сайт Программы скрининга новорождённых MDH [www.health.state.mn.us/people/newbornscreening](http://www.health.state.mn.us/people/newbornscreening)

Should you choose to have your baby screened and do not want MDH to keep your baby's test results and blood spots, there is the option to have them destroyed at any time. Please see the MDH Newborn Screening Program website for the required form [www.health.state.mn.us/people/newbornscreening](http://www.health.state.mn.us/people/newbornscreening)

#### ПЯТНО КРОВИ

Я понимаю, что признаки и симптомы заболеваний могут возникать в первые несколько дней жизни ребёнка. Некоторые признаки и симптомы могут не проявляться в течение нескольких недель или месяцев. Если эти заболевания не выявлены и не вылечены на ранней стадии, они могут привести к постоянным проблемам со здоровьем или смерти.

#### BLOOD SPOT

I understand signs and symptoms of disease can occur within the first few days of life. Some signs and symptoms may not show for several weeks or months. Permanent health problems or death can occur if these diseases are not identified and treated early.

#### ОТКАЗАТЬСЯ

Refuse

Инициалы родителя/  
опекуна  
Parent/Guardian Initials

#### ОТЛОЖИТЬ

Delay

Инициалы  
свидетеля  
Witness Initials

#### Слух

Я понимаю, что без скрининга потеря слуха при рождении может не быть заметна. Любая степень потери слуха может задержать развитие речи, языка, эмоциональное и социальное развитие.

#### Hearing

I understand that hearing loss may not be noticeable at birth without screening. Any amount of hearing loss may delay speech, language, emotional and social development.

#### ОТКАЗАТЬСЯ

Refuse

Инициалы родителя/  
опекуна  
Parent/Guardian Initials

#### ОТЛОЖИТЬ

Delay

Инициалы  
свидетеля  
Witness Initials

Пульт-  
оксиметрия  
  
Pulse  
Oximetry

Я понимаю, что признаки и симптомы дефектов сердца иногда не появляются в течение нескольких недель или месяцев. Если эти дефекты не выявлены и не вылечены на ранней стадии, они могут привести к постоянным проблемам или смерти.

I understand that the signs and symptoms of heart defects sometimes do not appear for several weeks or months. Permanent damage or death can occur if not identified and treated early.

ОТКАЗАТЬСЯ  
Refuse

Инициалы родителя/  
опекуна  
Parent/Guardian Initials

ОТЛОЖИТЬ  
Delay

Инициалы  
свидетеля  
Witness Initials

Для любой ОТЛОЖЕННОЙ части скрининга укажите имя врача, который будет проводить скрининг вашего ребёнка:

For any **DELAYED** screenings, please provide the name of who will complete your baby’s screening:

Название/имя клиники/врача/акушерки:  
Clinic/provider/midwife name:

Имя родителя или опекуна (печатными буквами):  
Parent or Guardian Printed Name:

Подпись родителя или опекуна:  
Parent or Guardian Signature:

Дата:  
Date:

Кем приходится новорождённому:  
Relationship to Newborn:

Номер телефона:  
Phone Number:

Инструкции для клиники/акушерки по заполнению этой формы  
Hospital/Midwife Instructions for Completing this Form

Имя свидетеля (печатными буквами):  
Witness Printed Name:

Подпись свидетеля  
Witness Signature:

Должность/роль свидетеля:  
Witness Title / Role:

Имя второго свидетеля (печатными буквами) (необязательно):  
Second Witness Printed Name (optional):

Подпись второго свидетеля (необязательно):  
Second Witness Signature (optional):

Родитель(и) / опекун(ы) отказались от некоторых или всех частей скрининга новорождённого или отложили их и отказались от подписи.  
The parent(s) / guardian(s) have refused or delayed some or all parts of the newborn screen **and** have elected not to sign.

## Parental Refusal or Delay of Newborn Screening

ЗАПОЛНЯЕТ ТОЛЬКО КЛИНИКА / АКУШЕРКА

To be completed by hospital/midwife only

Страница 1 формы *отказа или задержки скрининга новорождённых по требованию родителей*

должна быть заполнена. Подписанная форма должна стать составной частью медицинской карты младенца, а копия должна быть предоставлена Департаменту здравоохранения (Устав Миннесоты 144.125).

Чтобы оптимизировать процесс и избежать многократных обращений со стороны персонала скрининга новорождённых, отправьте форму в MDH по факсу или почтой в течение семи дней после рождения.

По любым вопросам звоните 651-201-5466.

Оригинал формы для:

Newborn's Medical Record

Копия для:

Minnesota Department of Health

Newborn Screening

P.O. Box 64899

St. Paul, MN 55164-0899

Факс: (651)-215-6285

Электронная почта: [health.newbornscreening@state.mn.us](mailto:health.newbornscreening@state.mn.us)

Копия для:

Родитель / законный опекун

Копия для:

Врач первичной медицинской помощи / клиника

Page 1 of the *Parental Refusal or Delay of Newborn*

*Screening* form must be completed. The signed form must be made part of the infant's medical record and a copy shall be provided to the Department of Health (MN Statute 144.125).

To streamline the process and avoid multiple contacts from newborn screening staff, please fax or mail the form to MDH within seven days of birth.

Call **651-201-5466** with any questions.

Original form to:

Newborn's Medical Record

Copy to:

Minnesota Department of Health

Newborn Screening

P.O. Box 64899

St. Paul, MN 55164-0899

Fax: (651) 215-6285

Email: [health.newbornscreening@state.mn.us](mailto:health.newbornscreening@state.mn.us)

Copy to:

Parent / Legal Guardian

Copy to:

Primary Care Provider / Clinic