



Newborn Screening Dried Blood Spot Screening Refusal Form

Je suis le parent ou le tuteur légal d'un enfant né en Caroline du Sud. Je refuse le test de dépistage par prélèvement sanguin pour mon enfant en raison de mes croyances religieuses. En vertu de l'article 44-37-30(A) du Code des lois de la Caroline du Sud, ce test ne peut être refusé que pour des raisons religieuses.

Je comprends que ce test permet de détecter rapidement des maladies graves, ce qui peut prévenir des lésions cérébrales, d'autres dommages, voire le décès. Je comprends que ces maladies ne présentent souvent aucun symptôme au début, et ce test est le meilleur moyen de les diagnostiquer. Le test est rapide, facile et confidentiel. La loi de la Caroline du Sud exige que les résultats restent confidentiels. Ce test est systématiquement effectué sur tous les nouveau-nés en Caroline du Sud et dans l'ensemble des États-Unis.

J'ai reçu des informations sur les avantages du test de dépistage par prélèvement sanguin et je comprends les risques liés à mon refus. J'ai eu l'occasion de poser des questions, et toutes mes questions ont reçu une réponse.

J'accepte de dégager de toute responsabilité le ministère de la Santé Publique de la Caroline du Sud, ses responsables, représentants et employés, l'établissement où l'accouchement a eu lieu, les personnes chargées du prélèvement de l'échantillon, ainsi que toute autre personne ou entité concernée par cette objection, pour tout préjudice ou autre action en justice pouvant résulter de ma décision de refuser le dépistage néonatal pour mon enfant.

Ce formulaire ne demande que les informations minimales nécessaires pour répondre aux exigences légales et de santé publique. La réalisation de ces tests est obligatoire en vertu de la loi de la Caroline du Sud afin de protéger la santé et le bien-être de tous les nouveau-nés.

Nom complet de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____

Nom du parent ou du tuteur légal (en lettres d'imprimerie) : _____

Signature du parent ou du tuteur légal : _____ Date du jour : _____

SECTION FOR COMPLETION BY THE ATTENDING HEALTHCARE PROVIDER

☐ I hereby certify that I have provided newborn screening education and distributed the corresponding newborn screening brochure (00192-ENG-ML) for the child identified above.

Healthcare Provider Name (Print): _____ Credentials: _____

Healthcare Provider Signature: _____ Today's Date: _____

Birth Facility Name: _____

Birth Facility Address: _____

HOSPITALS ONLY

If a dried blood spot newborn screening specimen for the child identified above is to be collected by a midwife at a later time, please provide the name of the midwifery practice and the attending midwife.

Attending Midwife Name: _____

Midwife Affiliated Practice Name: _____

Newborn Screening Dried Blood Spot Screening Refusal Form

Instructions for Completing 1804-FRE-DPH

PURPOSE

This form is used by hospitals, health departments, and other healthcare providers to document a religious objection to newborn dried blood spot screening for inborn errors of metabolism and hemoglobinopathies.

INSTRUCTIONS

1. Only the healthcare provider responsible for the patient's direct care should read the refusal statement to the parent or legal guardian submitting a dried blood spot newborn screening refusal.
2. The parent or legal guardian should complete the top section of the refusal form.
3. The healthcare provider overseeing the patient's care should complete the bottom section of the refusal form.

OFFICE MECHANICS & FILING

Send the original to: Newborn Screening, SC DPH Public Health Laboratory, 8231 Parklane Road, Columbia, SC 29223 or fax to (803) 898-0337. Alternatively, forms may also be sent by encrypted email to NBS@dph.sc.gov. One copy can be given to the parent or legal guardian. One copy is filed under consents at the health department or healthcare facility where the form was signed.

The form will be retained following DPH records retention schedule 18810, "Newborn Screening Follow-up Documentation Records," Records Group Number: 169. The form will be retained in the Public Health Laboratory (PHL) Newborn Screening Follow-up Office for nine (9) years. After this time period is met, the information will be stored at the State Records Center for an additional 10 years and then destroyed.

ORDERING NEWBORN SCREENING BROCHURES

Newborn Screening brochures are available in multiple languages. Contact the DPH Educational Materials Library (EML) at 1-803-898-3539 or via online: <https://dph.sc.gov/professionals/health-professionals/educational-materials> to order brochures.