



Newborn Screening Dried Blood Spot Screening Refusal Form

Sou pai/mãe ou representante legal de uma criança nascida na Carolina do Sul. Recuso a realização de despiste de doenças no/a meu/minha filho/a com recurso a amostra sangue por motivos religiosos. Nos termos da Secção 44-37-30(A) do Código da Carolina do Sul, este teste só pode ser recusado por motivos religiosos.

Compreendo que este teste permite detetar precocemente doenças graves, podendo evitar danos cerebrais, outras lesões, ou até mesmo a morte. Tenho conhecimento de que estas doenças muitas vezes não apresentam sintomas iniciais e que este teste é a melhor forma de as diagnosticar. O teste é rápido, simples e confidencial. Na Carolina do Sul, a privacidade dos resultados é assegurada por lei. Na Carolina do Sul, este teste é realizado sistematicamente em todos os recém-nascidos, tal como nos outros territórios dos Estados Unidos da América.

Fui informado dos benefícios da realização do despiste de doenças com recurso a amostras de sangue e compreendo os riscos que existem ao recusar o mesmo. Tive oportunidade de colocar questões e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Declaro isentar de qualquer responsabilidade o Department of Public Health da Carolina do Sul, bem como os seus dirigentes, agentes e funcionários, assim como o estabelecimento onde ocorreu o nascimento, as pessoas responsáveis pela recolha da amostra e quaisquer outras pessoas ou entidades, por quaisquer danos ou consequências legais que possam decorrer da minha decisão de recusar o referido despiste neonatal para o/a meu/minha filho/a.

O presente formulário exige apenas informações essenciais para o cumprimento de requisitos legais e de saúde pública. A realização deste teste é obrigatória por lei na Carolina do Sul, com vista à proteção da saúde e bem-estar de todos os recém-nascidos.

Nome completo da criança: _____

Data de nascimento da criança: _____

Nome do/a pai/mãe ou representante legal (letra de forma) _____

Assinatura do/a pai/mãe ou representante legal: _____ Data: _____

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-POR-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.