



## Newborn Screening Dried Blood Spot Screening Refusal Form

Я являюсь родителем или законным опекуном ребёнка, рождённого в штате Южная Каролина. Я отказываюсь от выполнения скринингового анализа крови из сухого пятна для своего ребёнка ввиду религиозных убеждений. Согласно разделу 44-37-30(A) Свода законов штата Южная Каролина, от выполнения этого анализа можно отказаться только по религиозным соображениям.

Я понимаю, что этот тест позволяет выявлять серьёзные заболевания на ранней стадии, что может помочь предотвратить повреждение мозга и другие последствия для здоровья пациента, включая даже смерть. Я знаю, что на начальном этапе эти заболевания зачастую протекают бессимптомно, и данный анализ является лучшим способом их диагностики. Этот анализ простой и быстрый, и является конфиденциальным. Согласно закону штата Южная Каролина, результаты должны оставаться конфиденциальными. Анализ выполняется в плановом порядке для всех новорождённых в Южной Каролине и на всей территории США.

Мне предоставили информацию о преимуществах выполнения анализа крови на наличие генетических заболеваний, и я понимаю риски, связанные с отказом от него. У меня была возможность задать все имеющиеся у меня вопросы, и мне были предоставлены ответы на каждый них.

Я соглашаюсь освободить от юридической ответственности Департамент общественного здравоохранения штата Южная Каролина, его должностных лиц, представителей и сотрудников, медицинское учреждение, где произошли роды, лиц, ответственных за сбор биологических образцов для выполнения анализа, а также любое иное лицо или организацию, ссылающиеся на данное возражение, по любым случаям причинения вреда здоровью пациента либо по иным основаниям для предъявления исков, которые могут возникнуть в результате моего решения отказаться от выполнения неонатального скринингового анализа для моего ребёнка.

В данной форме запрашивается только минимальный объём информации, необходимой для соблюдения требований действующего законодательства и норм общественного здравоохранения. В соответствии с действующим законодательством штата Южная Каролина, выполнение этого анализа является обязательным в целях защиты здоровья и благополучия всех новорождённых.

Официально зарегистрированные Ф.И.О. ребёнка: \_\_\_\_\_

Дата рождения ребёнка: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя или законного опекуна (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Подпись родителя или законного опекуна: \_\_\_\_\_ Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_

### 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-RUS-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](mailto: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.