



Newborn Screening Dried Blood Spot Screening Refusal Form

Я є батьком/матір'ю або законним опікуном дитини, яка народилася в Південній Кароліні. Я відмовляюся від проведення скринінгового тесту крові у моєї новонародженої дитини через свої релігійні переконання. Відповідно до розділу 44-37-30(A) Кодексу законів Південної Кароліни, проведення цього тесту може бути відмовлено лише з релігійних міркувань.

Я розумію, що цей тест може виявити серйозні захворювання на ранній стадії, що може запобігти пошкодженню мозку, іншим шкідливим явищам або навіть смерті. Я знаю, що спочатку ці захворювання не мають жодних симптомів, і цей тест є найкращим способом їх діагностики. Тест проводиться швидко, просто та конфіденційно. Закон Південної Кароліни вимагає, щоб результати залишалися конфіденційними. Цей тест регулярно проводиться для всіх новонароджених у Південній Кароліні та по всій території Сполучених Штатів.

Мені було надано інформацію про переваги скринінгового тесту крові у новонародженої дитини, і я розумію ризики, пов'язані з відмовою від нього. У мене була можливість задати питання, і на всі мої запитання відповіли.

Я погоджуюсь захистити Департамент охорони Здоров'я Південної Кароліни, його посадових осіб, агентів та службовців, установу, в якій відбувалися пологи, осіб, відповідальних за забір тестового зразка, та будь-яку іншу фізичну чи юридичну особу, яка посилається на це заперечення, від будь-яких травм чи інших причин позову це може бути результатом мого рішення відмовитись від скринінгового тесту для новонароджених моєї дитини.

У цій формі запитуються лише мінімальна інформація, необхідна для дотримання вимог законодавства та охорони здоров'я. Проведення цього тестування передбачено законодавством Південної Кароліни, щоб допомогти захистити здоров'я і благополуччя всіх новонароджених.

Повне офіційне ім'я дитини: _____

Дата народження дитини _____

Ім'я батька або законного опікуна (друкованими літерами) _____

Підпис батька або законного опікуна: _____ Сьогоднішня 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-UKR-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.