



Заявление родителей о несогласии участвовать в программе скрининга новорожденных по религиозным убеждениям

Я являюсь родителем или законным опекуном _____ ребенка, родившегося _____ в Южной Каролине. Я прошу не проводить анализ моему ребенку в виде скрининга сухого пятна крови для выявления скрытых, смертельно опасных метаболических заболеваний и гемоглобинопатии. Я подтверждаю, что такой отказ основан на религиозных убеждениях. Согласно закону Южной Каролины, раздел 44-37-30(C), единственной допустимой причиной для такого отказа являются религиозные убеждения.

Я понимаю, что мой ребенок может получить повреждение мозга, его здоровью может быть нанесен иной вред или он может умереть, если не будет диагностировано заболевание, которое можно выявить путем скрининга сухого пятна крови. Я понимаю, что подобный вред здоровью можно снизить или предотвратить путем ранней диагностики и лечения. Я понимаю, что эти заболевания как правило протекают бессимптомно и могут присутствовать у ребенка, который выглядит здоровым. Я понимаю, что анализ в виде скрининга сухого пятна крови — это лучший способ выявления подобных нарушений на ранней стадии, и такой анализ в плановом порядке проводится для каждого ребенка. Я понимаю, что такой анализ проводится быстро, легко, и что его результаты являются конфиденциальными. Я понимаю, что такой анализ уже много лет является стандартным видом скрининга для всех детей, рожденных в Южной Каролине и на других территориях Соединенных Штатов Америки.

Меня в полном объеме проинформировали, и я четко понимаю возможные разрушительные последствия для здоровья моего ребенка, если такой скрининг сухого пятна крови не будет проводиться. Меня в полном объеме проинформировали, и я четко понимаю преимущества анализа и хранения образцов крови. Мне дали брошюру, выпущенную Департаментом общественного здравоохранения Южной Каролины, в которой описаны заболевания, выявляемые в настоящее время с помощью такого анализа, а также разъяснены преимущества анализа и хранения образцов крови. Я также понимаю, что в случае отсутствия возражения с моей стороны, моему ребенку провели бы анализ на эти заболевания. Мне была предоставлена возможность задать вопросы, касающиеся такого анализа и этих заболеваний, и на все мои вопросы даны удовлетворившие меня ответы.

Я освобождаю от ответственности и каких-либо претензий Департамент общественного здравоохранения Южной Каролины, родильный дом, лицо(-а), ответственное за сбор образцов для скрининга сухого пятна крови, а также любое другое физическое или юридическое лицо, полагающееся на данное заявление о несогласии, за любые травмы, болезни и/или последствия, включая смерть моего ребенка, которые могут произойти с моим ребенком в результате моего отказа участвовать в скрининге сухого пятна крови.

Родитель: _____

Дата: _____

Свидетель: _____

ПРИМЕЧАНИЕ ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ. Эта форма необходима только в том случае, если родитель или законный опекун отказывается участвовать в анализе для выявления врожденных нарушений метаболизма и гемоглобинопатии.

**Инструкции по заполнению заявления родителей о
несогласии по религиозным убеждениям 1804-RUS-DPH**

ЦЕЛЬ: Данная форма используется сотрудниками больниц, отделов здравоохранения и других медицинских учреждений для документирования несогласия участвовать в скрининге новорожденных для выявления врожденных нарушений метаболизма и гемоглобинопатии по религиозным убеждениям.

ПОДРОБНЫЕ ИНСТРУКЦИИ:

Верхний раздел: Ф. И. О. родителей или опекунов в указанной строке печатными буквами. Ф. И. О. и дата рождения ребенка в указанных строках печатными буквами.

Нижний раздел: Родитель или опекун ставит свои Ф. И. О. и указывает дату в соответствующем месте.

Свидетель ставит свои Ф. И. О. и указывает дату в соответствующем месте.

АДМИНИСТРАТИВНЫЕ РЕГЛАМЕНТЫ И ХРАНЕНИЕ Отправьте оригинал по почте на адрес: Newborn Screening Follow-up Program, Division of Women and Children's Services, SC DPH, Mills/Jarrett Complex, Box 101106, Columbia, SC 29211. Одна копия может передаваться родителю или опекуну. Одна копия по согласованию помещается на хранение в соответствующий архив отдела здравоохранения/медучреждения, где эта форма была подписана. Форма должна храниться согласно плану хранения медицинской документации.