

*Michigan Department of Community Health*  
(إدارة الصحة المجتمعية في ميشيغان)  
**توجيه لعدم استعمال ما تبقى من عينة دم فحوصات المولود الجديد  
في أبحاث علمية محتملة**

اسم الطفل(ة) عند الولادة:	تاريخ الولادة:
اسم الطفل(ة) حالياً:	أشر بدائرة إلى ترتيب ولادة هذا المولود في حال تعدد المواليد عند الولادة: الأول الثاني الثالث الرابع الخامس
اسم الأم عند ولادة الطفل(ة):	اسم المستشفى التي تمت فيها هذه الولادة:

أنا الممثل الشرعي \* للطفل المسمى (للطفلة المسماة) أعلاه. بتوقيع أسمي أدناه، فإني أطلب بموجب هذه الوثيقة من Michigan Department of Community Health أن لا تستخدم عينة دم طفلي/طفلتي (أو عينة دمي) لدراسات بحثية محتمل قيامها في المستقبل بعد إكمال فحوصات حديثي الولادة عليها. وأنا أدرك أنه سيتم إبقاء العينة في المختبر ولن تستخدم لأغراض الدراسات البحثية بغض النظر عن نوعها ما لم يتم التوجيه خطياً خلافاً لهذا من قبل ممثل شرعي.

توقيع أحد الوالدين أو الوصي أو ممثل شرعي آخر:	صلة القرابة بالطفل(ة):		
كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة:	التاريخ:		
عنوان الشارع:	الرمز البريدي:	المدينة:	الهاتف:

\* "الممثل الشرعي" يعني أن لدى أحد الوالدين أو الوصي لطفل قاصر صلاحية التصرف نيابة عن الطفل القاصر أو الشخص الذي تم أخذ عينة الدم منه وذلك إذا كان عمر الشخص ١٨ عاماً أو أكبر أو كان متحرراً من النواحي القانونية.

← يُرسل هذا النموذج بعد تعبئته بشكل كامل عبر جهاز الفاكس إلى الرقم التالي: (517) 335-9776

أو

← عبر البريد إلى العنوان التالي:

Michigan Department of Community Health  
Newborn Screening Laboratory Section  
3350 N. Martin Luther King, Jr. Blvd.  
P.O. Box 30035  
Lansing, MI 48909

يرجى تحديد سبب قيامك بهذا الالتماس (سيساعد هذا على تحسين برنامج فحص حديثي الولادة، علماً أنه لا يتحتم عليك استكمال هذا الجزء).

مخاوف الخصوصية  غير مرتاح مع البحث  غير ذلك:

الصلاحية:	مدونة قوانين الصحة العامة لولاية ميشيغان، قانون ٣٦٨ لعام ١٩٧٨	تلتزم Michigan Department of Community Health بتكافؤ الفرص في التوظيف وتقديم خدماتها وبرامجها.
-----------	--	---