MDHHS-5683, RESIDUAL NEWBORN SCREENING BLOOD SPOT DIRECTIVE

MDHHS-5683-AR، أمر توجيهي بشأن التصرّف ببقع الدم المتبقّية من اختبارات التحرّي الخاصة بحديثي الولادة

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

(Revised 1-25)

القسم الأول (1)

اسم الطفل(ة) عند الولادة | تاريخ الميلاد

اسم الطفل(ة) الحالي | إذا كان المولود من توائم، فضع علامة في المربع الذي يشير إلى ترتيب ولادته(ـا)
☐ الأول ☐ الثاني ☐ الثالث ☐ الرابع ☐ الخامس

اسم الأم عند ولادة الطفل | اسم المستشفى الذي تمّ الولادة فيه

أنا الممثل القانوني* للطفل(ة) المذكور(ة) أعلاه. أطلب من MDHHS (ضع علامة في أحد المربّعين):

☐ أن تقوم بتدمير **جميع** بقع الدم المتبقّية. وأفهم أنه بوضعي علامة في هذا المربع، **فلن** تكون هناك أي بقع دم مُتاحة لأيّ استخدام في المستقبل، بما في ذلك لأغراض طبيّة أو لتحديد الهوية أو لأبحاث دراسيّة.

☐ أن تقوم بتخزين بقع الدم **ولا** تستخدمها لأبحاث دراسيّة بعد اكتمال اختبارات التحرّي الخاصة بحديثي الولادة. وأفهم أن المختبر سيحتفظ ببقع الدم ولن يتمّ استخدامها لأبحاث دراسيّة مهما كان نوعها ما لم أقوم بإعطاء أمر توجيهي خطي بذلك.

* **الممثل القانوني** يعني أحد الوالدين أو الوصي على القاصر الذي لديه سلطة التصرّف نيابة عن القاصر أو الفرد الذي تمّ تحصيل العيّنة منه أو منها وذلك إذا كان في سن الـ 18 عاماً أو أكثر، أو كان محرّراً قانونياً من سلطة والديّه أو الوصي.

القسم الثاني (2)

توقيع الوالد(ة) أو الوصي أو ممثل قانوني آخر | الصلة بالطفل(ة)

كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة | التاريخ | رقم الهاتف

عنوان الشارع | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

القسم الثالث (3)

إذا قمتم بتوجيه MDHHS لأن تقوم بتدمير بقع الدم، فيجب عليكم أيضاً إرفاق نسخة من شهادة الميلاد أو أي سجل مماثل لذلك موثوق به يثبّت العلاقة القانونية لمقدّم الطلب بالطفل الذي يُطلب تدمير بقع دمه أو دمها، **و**رخصة القيادة أو بطاقة الهوية الشخصيّة الصادرة من الولاية أو جواز سفر، أو أي إثبات آخر مماثل يثبّت هوية الشخص الذي قام بتوقيع اسمه أو اسمها أعلاه.

قوموا بإرجاع الوثيقة (أو الوثائق) عبر:

البريد الإلكتروني: biotrust@michigan.gov **الفاكس:** 517-335-9419 **أو**

بريدياً، إلى العنوان التالي: BioTrust Coordinator, NBS Follow-up Program, PO Box 30195, Lansing, MI 48909

يُرجى الانتباه أنه لا يمكن لـ MDHHS أن تضمن أمان البريد الإلكتروني في حال اختياركم تقديم هذا النموذج والوثائق المُرفقة به إلى Department (الإدارة) عبر البريد الإلكتروني.

لن تميز إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) ضد أي فرد أو مجموعة على أساس العرق أو الأصل القومي أو اللون أو الجنس أو الإعاقة أو الدين أو العمر أو الطول أو الوزن أو الحالة العائلية أو الاعتبارات الحزبية أو المعلومات الوراثية. يشمل التمييز القائم على اساس الجنس ، على سبيل المثال لا الحصر ، التمييز على اساس التوجه الجنسي ، والهوية الجنسية ، والتعبير الجنسي ، والخصائص الجنسية ، والحمل.

AUTHORITY: Michigan Public Health Code, Act 368 of 1978