

MDHHS-5683-AR, RESIDUAL NEWBORN SCREENING BLOOD SPOT DIRECTIVE

أمر توجيهي بشأن التصرف ببقع الدم المتبقية من اختبارات التحري الخاصة بحديثي الولادة

(إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان) Michigan Department of Health and Human Services
(Revised 9-22)

اسم الطفل(ة) عند الولادة	تاريخ الميلاد
اسم الطفل(ة) الحالي	إذا كان المولود من توأم، فضع علامة في المربع الذي يشير إلى ترتيب ولادته(ا) الأول <input type="checkbox"/> الثاني <input type="checkbox"/> الثالث <input type="checkbox"/> الرابع <input type="checkbox"/> الخامس <input type="checkbox"/>
اسم الأم عند ولادة الطفل	اسم المستشفى الذي تمت الولادة فيه
<p>أنا الممثل القانوني* للطفل(ة) المذكور(ة) أعلاه. أطلب من Michigan Department of Health and Human Services إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان التي تُعرف باسمها المختصر (MDHHS) (ضع علامة في أحد المربعات):</p> <p>أن تقوم بتدمير جميع بقع الدم المتبقية. وأفهم أنه بوضعي علامة في هذا المربع، فلن تكون هناك أي بقع دم متاحة لأي استخدام في المستقبل، بما في ذلك لأغراض طبية أو لتحديد الهوية أو لأبحاث دراسية.</p> <p>أن تقوم بتخزين بقع الدم ولا تستخدمها لأبحاث دراسية بعد اكتمال اختبارات التحري الخاصة بحديثي الولادة. وأفهم أن المختبر سيحتفظ ببقع الدم ولن يتم استخدامها لأبحاث دراسية مهما كان نوعها ما لم أقوم بإعطاء أمر توجيهي خطي بذلك.</p> <p>* الممثل القانوني يعني أحد الوالدين أو الوصي على القاصر الذي لديه سلطة التصرف نيابة عن القاصر أو الفرد الذي تم تحصيل العينة منه إذا كان في سن الـ 18 عاماً أو أكثر، أو كان محرراً قانونياً من سلطة والديه أو الوصي.</p>	
توقيع الوالد أو الوصي أو الممثل القانوني الأخر	الصلة بالطفل(ة)
كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة	التاريخ
رقم الهاتف	رقم الهاتف
عنوان الشارع	الولاية
المدينة	الرمز البريدي
<p>إذا كنت تطلب من MDHHS أن تقوم بإتلاف بقع الدم، فيجب عليك أيضاً إرفاق نسخة من شهادة الميلاد الخاصة بالشخص صاحب بقع الدم التي يُطلب إتلافها ورخصة القيادة أو بطاقة الهوية الصادرة من الولاية أو جواز سفر للشخص الذي قام بتوقيع اسمه أعلاه.</p> <p>قم 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</p> <p>يرجى الانتباه أنه لا يمكن لـ MDHHS أن تضمن أمان البريد الإلكتروني في حال اختيارك تقديم هذا النموذج والوثائق المرفقة به إلى القسم عبر البريد الإلكتروني.</p>	

لن تقوم إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان باستبعاد أي فرد أو مجموعة من المشاركة في برامج المخصصات أو ترفض منح أي فرد أو مجموعة هذه المخصصات وسوف لن تقوم بالتمييز ضد أي فرد، أو مجموعة بسبب العرق، أو الجنس، أو الديانة، أو العمر، أو الأصل الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الاعتبارات الحزبية، أو بسبب الإعاقة، أو المعلومات الجينية التي لا تكون لها علاقة بأهلية الفرد بالاستحقاقات.

Authority: Michigan Public Health Code, Act 368 of 1978