

أمر توجيهي بشأن التصرف ببيع الدم المتبقية من اختبارات التحري الخاصة بحديثي الولادة
Michigan Department of Health and Human Services (إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان)

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) <input type="checkbox"/> الأول <input type="checkbox"/> الثاني <input type="checkbox"/> الثالث <input type="checkbox"/> الرابع <input type="checkbox"/> الخامس
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><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> أن تقوم بتدمير جزء بقع الدم المخزنة لاستخدامها في الأبحاث الدراسية فقط. وأفهم أنه بوضعي علامة في هذا المربع، ستقوم MDHHS بالاحتفاظ ببقعة دم واحدة. ويجب عليّ أن أعطي أمراً توجيهياً بشأن أي استخدام محتمل في المستقبل بما في ذلك لأغراض طبية أو لتحديد الهوية أو لأبحاث دراسية.</p> <p><input type="checkbox"/> أن تقوم بتخزين بقع الدم ولا تستخدمها لأبحاث دراسية بعد اكتمال اختبارات التحري الخاصة بحديثي الولادة. وأفهم أن المختبر سيحتفظ ببيع 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 الممثلين القانونيين الآخرين	الصلة بالطفل(ة)
كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة	التاريخ
عنوان الشارع	المدينة
رقم الهاتف	الرمز البريدي
<p>إذا كنت تطلب من MDHHS أن تقوم بتدمير أي بقع دم، فيجب عليك أيضاً إرفاق نسخة من شهادة الميلاد الخاصة بالشخص صاحب بقع الدم التي يُطلب تدميرها 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 تميز إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) Michigan Department of Health and Human Services ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز.

Authority: Michigan Public Health Code, Act 368 of 1978