

Russian Русский

Отказ от тестирования

Скрининг новорожденных на наличие серьезных врожденных дефектов развития является обязательным в штате Вашингтон. **Родители или опекуны могут отказаться от тестирования только на основе религиозных практик или догматов, как указано в RCW 70.83.020.**

Я являюсь родителем или опекуном указанного ниже ребенка. Я посетил(а) консультацию на тему важности скрининга новорожденных и получил(а) соответствующие печатные материалы. Я получил(а) удовлетворительные ответы на свои вопросы.

Я понимаю, что:

- Дефекты развития, которые позволяют выявить скрининг новорожденных, могут быть опасны для жизни и здоровья ребенка. Они могут стать причиной физической или умственной неполноценности, или даже смерти.
- Очень важно провести тестирование в течение 48 часов после рождения ребенка, поскольку дети с подобными нарушениями обычно выглядят здоровыми, и дефекты развития могут повлечь серьезные неустраняемые проблемы со здоровьем до того, как появятся какие-либо симптомы.
- Если я откажусь от скрининга моего ребенка, это может привести к задержке лечения в случае наличия у него заболевания или дефекта, который можно было выявить с помощью скрининга новорожденных.

В связи со своими религиозными убеждениями я отказываюсь от скрининга моего новорожденного ребенка и принимаю на себя всю ответственность за последствия моего решения.

Я освобождаю Washington State Department of Health (Департамент здравоохранения штата Вашингтон), родильный дом и человека, ответственного за получение образца для скрининга новорожденных, от какой-либо ответственности за какие-либо травмы, заболевания или состояние здоровья моего ребенка или даже его смерть, которые могут быть вызваны дефектом развития, включенным в состав комплексной панели тестов штата Вашингтон для скрининга новорожденных, от которого для моего ребенка я настоящим отказываюсь.

Мне рассказали о преимуществах скрининга новорожденных, и я понимаю потенциальные риски, которые грозят моему ребенку в случае отказа от скрининга. Тем не менее, я отказываюсь от взятия крови у моего ребенка в целях скрининга новорожденных на основании того, что подобные анализы противоречат моим религиозным догматам и (или) практикам.

Имя ребенка

Имя матери

Подпись
Родитель или опекун

Дата