

# Ukrainian Українська

## Відмова від скринінгової перевірки

У штаті Вашингтон скринінг новонароджених із метою виявлення серйозних вроджених вад розвитку є обов'язковим. **Батьки або опікуни можуть відмовитися від скринінгової перевірки виключно на підставі релігійних практик/переконань згідно з порядком, встановленим у RCW 70.83.020.**

Я — батько/мати новонародженої дитини, ім'я якої зазначено нижче. Я отримав(-ла) інформацію про важливість скринінгового обстеження новонароджених та інформаційні брошури про скринінгові обстеження новонароджених. Я отримав(-ла) задовільні відповіді на всі мої запитання.

Я розумію, що:

- Розлади, які можна виявити за допомогою скринінгового обстеження новонароджених, можуть спричиняти небезпечні для життя захворювання, серйозні розлади здоров'я, інвалідність унаслідок фізичних чи психічних захворювань, або навіть призводити до смерті.
- Обстеження протягом 48 годин після народження дуже важливі, тому що новонароджені з цими розладами зазвичай виглядають здоровими, а згадані вище розлади можуть спричинити тяжкі незворотні порушення здоров'я до появи будь-яких симптомів.
- Якщо у дитини є одне із захворювань або розладів, що можуть бути виявлені під час скринінгового обстеження, відмова від обстеження моєї новонародженої дитини може стати причиною більш пізнього початку лікування цього захворювання.

Я не даю дозволу на проведення скринінгового обстеження моєї новонародженої дитини через мої релігійні переконання та беру на себе повну відповідальність за наслідки такого рішення.

**Я відмовляюсь від будь-яких претензій до Washington State Department of Health (Департаменту охорони здоров'я штату Вашингтон), закладу надання медичної допомоги при народженні, та особи, відповідальної за отримання зразків для скринінгових обстежень новонароджених, та звільняю зазначені заклади, установи та осіб від будь-якої відповідальності за будь-які травми, захворювання або розлади здоров'я моєї дитини, і навіть за смерть моєї дитини, якщо вони могли виникнути внаслідок розладу, наявність якого перевіряється у ході передбаченої у штаті Вашингтон програми комплексного обстеження новонароджених, оскільки я відмовляюсь від проведення такого обстеження для своєї дитини.**

Мені розповіли про переваги проведення скринінгового обстеження новонародженого, і я розумію потенційні ризики, які створює для моєї дитини відмова від обстеження. Незважаючи на все зазначене вище, я не даю дозволу на відбір зразка крові моєї дитини для проведення скринінгового обстеження новонароджених через те, що такі обстеження протирічать моїм релігійним переконанням та/або практикам.

Ім'я дитини

Ім'я матері

Підпис  
Батько/мати або опікун

Дата