



Formulário para documentar a recusa dos pais/responsáveis pela triagem obrigatória para recém-nascidos
Envie por fax para o Programa de Triagem para Recém-Nascidos de Nova Inglaterra em 617-522-2846 [telefone 617-983-6300]

Identificadores da criança

ID da certidão de nascimento (se disponível) _____
Sobrenome da criança _____ Primeiro nome da criança _____
Sexo _____ Data de nascimento da criança _____
Hospital de nascimento da criança _____ (dd/mm/aaaa)
Sobrenome materno _____ Primeiro nome materno _____
Endereço materno _____

PAI(S)/RESPONSÁVEL(S):

Entendemos que a lei e os regulamentos de Massachusetts [105 CMR 270.000] exigem que todos os recém-nascidos em Massachusetts sejam examinados (a menos que os pais ou responsáveis se recusem com base em princípios ou práticas religiosas) quanto a certas condições que, se não tratadas, podem causar retardo mental e outros problemas sérios de saúde.

Entendemos que o objetivo da Triagem Obrigatória para Recém-Nascidos é examinar todos os recém-nascidos em Massachusetts quanto a sinais precoces de várias condições tratáveis, e que os sintomas às vezes não aparecem por várias semanas ou meses após o nascimento.

Entendemos que, se meu bebê tiver uma condição incluída na Triagem Obrigatória para Recém-Nascidos de Massachusetts e recusarmos a Triagem Obrigatória para Recém-Nascidos, corremos o risco de que a condição do meu bebê não seja diagnosticada até que seja tarde demais, causando danos permanentes ao nosso filho, incluindo deficiência mental grave, falha no crescimento, coma ou, em alguns casos, morte.

Os benefícios da triagem para recém-nascidos e o perigo potencial de ela não ser realizada foram explicados para nós. Tivemos a oportunidade de discutir a triagem para recém-nascidos com o médico do bebê, a equipe de enfermagem do hospital ou outro profissional de saúde, e todas as nossas perguntas foram respondidas. Nossa decisão de recusar o teste de triagem para recém-nascidos foi tomada livremente sem força ou incentivo pelo meu médico, médico do meu bebê, pessoal do hospital ou funcionários do Estado.

Reconhecemos que este formulário será arquivado no prontuário médico do bebê, e cópias serão enviadas ao prestador de cuidados do bebê e ao Programa de Triagem para Recém-Nascidos da Nova Inglaterra.

Recusamos a Triagem Obrigatória para Recém-Nascidos **para nosso bebê** por motivos religiosos.

NOME LEGÍVEL DO PAI OU RESPONSÁVEL _____ RELAÇÃO: _____

ASSINATURA DO PAI OU RESPONSÁVEL _____ DATA: _____

NOME LEGÍVEL DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ RELAÇÃO: _____

ASSINATURA DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ DATA: _____

(obrigatório se o pai/mãe ou responsável também tiver custódia legal)

TESTEMUNHA /Médico _____ DATA: _____

Nome impresso e assinatura

EQUIPE MÉDICA:

Expliquei os requisitos de Massachusetts para a triagem de recém-nascidos, o objetivo e o método da triagem de recém-nascidos e as possíveis consequências **para a criança** se a triagem de recém-nascidos não for permitida pelos pais ou responsáveis pela criança. Respondi a quaisquer perguntas que os pais ou responsáveis acima tivessem sobre a triagem de recém-nascidos.

Médico _____
(nome legível e cargo) (assinatura e data)

Hospital ou prática _____
(nome) (endereço) (telefone/e-mail)

Se os pais recusarem a triagem E recusarem a assinar, documente a recusa com outra testemunha

Nome impresso da testemunha que não seja o médico Assinatura da testemunha Data