



**လူထု ကျန်းမာရေး မျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာ မွေးကင်းစ
ကလေးငယ်များကို ရောဂါရှာဖွေစစ်ဆေးမှု
ရလဒ်များ တောင်းခံလွှာ**

ပြည်နယ်ပုံစံ 55649-B (R4 / 1-26)
အင်ဒီယားနား ကျန်းမာရေးဌာန
ပြည်သူ့ကျန်းမာရေး မျိုးရိုးဗီဇ အစီအစဉ်



**Indiana
Department
of
Health**



**လျှို့ဝှက်အချက်အလက်များ
45 CFR § 164.524 အရ**

ဤပုံစံ၏ ရည်ရွယ်ချက်မှာ လူနာ၊ ဥပဒေအရ အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ဆရာဝန်မှ ကျွန်ုပ်တို့ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ လုပ်ငန်းဖော်များထံတွင် ထိန်းသိမ်းထားရှိသော အကာအကွယ်ပေးထားသည့် ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ သို့မဟုတ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းများကို (နှင့် 45 CFR § 164.501 တွင် အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုထားသည့် သတ်မှတ်ထားသော မှတ်တမ်းအစုစုများ) ကြည့်ရှုရန်နှင့်/သို့မဟုတ် မိတ္တူရယူရန် တောင်းခံရန်ဖြစ်ပါသည်။ သို့သော် စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ဆွေးနွေးမှုမှတ်တမ်းများ၊ တရားမ၊ ရာဇဝတ်မှု သို့မဟုတ် စီမံခန့်ခွဲမှုဆိုင်ရာ အမှုအခင်းများကို ကြိုတင်မျှော်မှန်း၍ ပြင်ဆင်ထားသော သို့မဟုတ် အသုံးပြုရန် စုဆောင်းထားသော အချက်အလက်များနှင့် 42 U.S.C. § 263a နှင့် အခြားဥပဒေများအရ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခြင်းမှ ကန့်သတ်ထားသည့် အချို့သော အချက်အလက်များနှင့် မှတ်တမ်းများကို ကြည့်ရှုရန် သို့မဟုတ် မိတ္တူရယူရန် ခွင့်မပြုပါ။

ဤအခွင့်အရေးကို ကျင့်သုံးရန်အတွက် ကျေးဇူးပြု၍ ဤပုံစံကို ဖြည့်စွက်လက်မှတ်ထိုးပြီး အောက်ပါအတိုင်း သင်၏ မည်သူမည်ဝါဖြစ်ကြောင်း သက်သေခံအထောက်အထား မိတ္တူနှင့်အတူ တင်ပြပါ -

အီးမေးလ်ဖြင့် - NewbornScreening@health.in.gov

စာတိုက်မှတစ်ဆင့် - Attn: Privacy Officer, Office of Legal Affairs, Indiana Department of Health, 2 North Meridian Street, Indianapolis, IN 46204

ကျွန်ုပ်တို့၊ Indiana Department of Health Public Health Genetics Program အနေဖြင့် သင်၏တောင်းဆိုချက်ကို ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ရန်အတွက် အချို့သော အချက်အလက်များကို ပေးရန်လိုအပ်ပါသည်။ အကယ်၍ သင်၌ မေးမြန်းလိုသည်များရှိပါက ကျွန်ုပ်တို့ထံသို့ (888) 815-0006 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။

အပိုင်း A - တောင်းဆိုသော အချက်အလက်များ

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော ပုဂ္ဂိုလ်အတွက် သင်တောင်းဆိုလိုသော အချက်အလက်ကို အမှန်ဖြစ်ပေးပါ -

- 2007 ခုနှစ် သို့မဟုတ် ၎င်းမတိုင်မီ မွေးဖွားသော ကလေးအတွက်**
မွေးကင်းစကလေး ရောဂါရှာဖွေစစ်ဆေးမှု ရလဒ်များ
- 2008 ခုနှစ် သို့မဟုတ် ၎င်းနောက်ပိုင်း မွေးဖွားသော ကလေးအတွက်**
မွေးကင်းစကလေး ရောဂါရှာဖွေစစ်ဆေးမှု ရလဒ်များ
- သွေးအခြောက် နမူနာ (Dried Blood Spot Specimen Punch)**

မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးမှု (NBS ရလဒ်များ) တွင် အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၏ စစ်ဆေးမှုစာရင်းတွင် ပါဝင်သော ရောဂါအခြေအနေအားလုံးအတွက် ရလဒ်များကို ပေးအပ်ပါမည်။ သွေးခြောက် နမူနာများကို ကလေးမွေးဖွားပြီး 6 လမှ 3 နှစ်အတွင်း နောက်ထပ် မျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာ စစ်ဆေးမှုများအတွက်သာ ပေးအပ်မည်ဖြစ်ပြီး၊ မွေးဖွားစဉ်က မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူမှ အဆိုပါ သွေးခြောက်များကို သိမ်းဆည်းထားရန် သဘောတူညီခဲ့မှသာ ပေးအပ်နိုင်မည် ဖြစ်ပါသည်။

- သင်၏ကိုယ်ပိုင် NBS ရလဒ်များကို တောင်းဆိုပါက သင်၏ အချက်အလက်များကို ဖြည့်စွက်ပါ။ အသက် 18 နှစ်ပြည့်ပြီးသူတိုင်းသည် မိမိဘာသာ တောင်းဆိုရပါမည်။
- သင့်ကလေးအတွက် တောင်းဆိုခြင်းဖြစ်ပါက ကလေး၏ အချက်အလက်များကို ပေးပါ။

ယခုအချက်အလက်များကို ထုတ်ပေးစေလိုသည့် အကြောင်းရင်းခံကို အကျဉ်းချုပ် ဖော်ပြပါ။

သင့်ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းမှ သင်ထုတ်ပြန်လိုသော အချက်အလက်များကို ဖော်ပြပါ

အပိုင်း B - လူနာအချက်အလက်

လူနာ၏ မွေးဖွားစဉ်ပေးသော အမည် _____ မွေးနေ့ (လ၊ နေ့၊ နှစ်) _____

လိပ်စာ _____

တယ်လီဖုန်း _____

မွေးမိခင်၏ အမည်ရင်းနှင့် မျိုးရိုးအမည် _____

မွေးဖွားရာနေရာ (Indiana ဆေးရုံ/သားဖွားလူနာအမည်) _____

အပိုင်း C - မှတ်တမ်းများ လက်ခံရယူမည့်သူ၏ အချက်အလက်များ

ပုဂ္ဂိုလ် သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းအမည် _____

လိပ်စာ _____

တယ်လီဖုန်း: _____ ဖက်စ် _____

အီးမေးလ် _____

သင့်အီးမေးလ်လိပ်စာကို ပေးခြင်းဖြင့် သင်သည် ဤဖောင်ပုံစံနှင့် ဤတောင်းဆိုမှုအကြောင်း အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်မှုများကို လက်ခံရန် သဘောတူပါသည်။

မှတ်တမ်းများပေးပို့ရာတွင် သုံးစေလိုသောနည်းလမ်း မ်း ကုဒ်ဂှက်ထားသော အီးမေးလ် စာတိုက်မေးလ် ဖက်စ်

အပိုင်း D - ကြည့်ရှုခွင့်အတွက် သဘောတူညီချက်

တောင်းဆိုထားသော အချက်အလက်များကို ထုတ်ပေးပြီးပါက HIPAA ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ စည်းမျဉ်းများအရ အကာအကွယ် မရရှိနိုင်တော့ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းသည် ကုသမှု၊ ငွေပေးချေမှု သို့မဟုတ် အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိရန်အတွက် မဖြစ်မနေ လိုအပ်ချက်မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ လုပ်ဆောင်ပြီးသား ကိစ္စရပ်များမှလွဲ၍ ဤသဘောတူညီချက်ကို မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို စာဖြင့် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။ စာဖြင့် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်းကို Privacy Officer မှ လက်ခံရရှိချိန်တွင် အတည်ဖြစ်ပါမည်။ စာဖြင့် ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းခြင်း မရှိပါက ဤတောင်းဆိုမှုသည် အောက်ပါအတိုင်း အလိုအလျောက် သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ဖြစ်သည် -

- လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့မှ ရက်ပေါင်း (30)၊ သို့မဟုတ်
- အပိုင်း C ပါ ပုဂ္ဂိုလ်မှ မှတ်တမ်းများ လက်ခံရရှိပြီးလျှင်၊ သို့မဟုတ်
- ယခုဖော်ပြထားသော ဖြစ်ရပ်/အခြေအနေ တစ်ခုခု ဖြစ်ပေါ် ပြီးလျှင် _____

မည်သည့်အရာကိုမျှ မရွေးချယ်ပါက၊ ၎င်းတောင်းဆိုချက်သည် Ind. Code § 16-39-1-1 အရ ပြုလုပ်သည့်နေ့စွဲပြီးနောက် ရက်ပေါင်းခြောက်ဆယ် (60) တွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ဖြစ်သည်။

လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ ကိုယ်စားလှယ် လက်မှတ်

အကယ်၍ လူနာသည် အသက် (18) နှစ်ကျော်ပါက၊ လူနာကိုယ်တိုင် အောက်တွင် ရက်စွဲနှင့် လက်မှတ်ထိုးရမည်ဖြစ်ပြီး အောက်တွင် ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း လူနာ၏ သက်သေခံအထောက်အထားကို တင်ပြရမည်။ အကယ်၍ လူနာသည် အသက် (18) နှစ်အောက် ဖြစ်ပါက၊ လူနာ၏ မိဘ၊ အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်သည် လူနာကိုယ်စား အောက်တွင် ရက်စွဲနှင့် လက်မှတ်ထိုးရမည်ဖြစ်ပြီး မိဘ၊ အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်စားလှယ်၏ ကိုယ်ပိုင်သက်သေခံအထောက်အထားကို အောက်ပါအတိုင်း တင်ပြရမည်။

လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ (လ/ နေ့/ နှစ်): _____

အမည်အပြည့်အစုံ (စာလုံးအကြီး) _____

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ (စာလုံးအကြီး) _____

လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ _____ မွေးနေ့ (လ/ နေ့/ နှစ်) _____

လိပ်စာ _____

တယ်လီဖုန်း: _____

အီးမေးလ် _____

သင့်အီးမေးလ်လိပ်စာကို ပေးခြင်းဖြင့် သင်သည် ဤဖောင်ပုံစံနှင့် ဤတောင်းဆိုချက်ကို အီးမေးလ်ဖြင့် ဆက်သွယ်ရန် သဘောတူလက်ခံပါသည်။

HIPAA အောက်တွင် တင်ပြထားသော ကာကွယ်ထားသော ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များဆိုင်ရာ တောင်းဆိုချက်အားလုံးအတွက် သက်သေခံရန် လိုအပ်ပါသည်။ အောက်ပါတို့သည် လက်ခံနိုင်သော သက်သေခံအထောက်အထားများ ဖြစ်ကြပါသည်။ **ကျေးဇူးပြု၍ သင်၏တောင်းဆိုချက်နှင့်အတူ စာရင်း A မှ တစ်ခု (သို့မဟုတ်) စာရင်း B မှ နှစ်ခုကို ရှင်းလင်းပြတ်သားသော ဓာတ်ပုံမိတ္တူဖြင့် ပူးတွဲတင်ပြပါ။**

စာရင်း A (ဦးစားပေး) အောက်ပါအရာများထဲမှ (1)ခု၏ မိတ္တူကို ပေးဆောင်ပါ။

- သက်တမ်းရှိ ယာဉ်မောင်းလိုင်စင် (ရှေ့နောက်)
- သက်တမ်းရှိ ပြည်နယ်အသိအမှတ်ပြုကတ် (ရှေ့နောက်)
- လက်မှတ်ပါသော အလုပ်ကတ် (Work ID)
- လက်မှတ်ပါသော စစ်ဘက်ဆိုင်ရာကတ် (Military ID)
- လက်မှတ်ပါသော ကျောင်းသားကတ် (School ID)
- စစ်ပြန်ကတ် (Veterans ID Card)
- ခံဝန်အရာရှိကတ် (Probation ID Card)
- နိုင်ငံကူးလက်မှတ် (Passport)

စာရင်း B - အကယ်၍ စာရင်း A မှ တစ်ခုမျှ မပေးနိုင်ပါက၊ အောက်ပါတို့မှ နှစ်ခု (2) ကို မိတ္တူပေးပါ-

- လူမှုဖူလုံရေးကတ် (Social Security Card)
- တံဆိပ်တုံးပါသော လူမှုဖူလုံရေး မှတ်တမ်းစာရွက်
- လက်မှတ်ပါသော ခရက်ဒစ်ကတ် သို့မဟုတ် ဘဏ်ကတ် (အနောက်ဘက်သာ)
- မော်တော်ယာဉ် မှတ်ပုံတင် (အနည်းဆုံး 6 လ သက်တမ်းရှိရမည်) - ယာဉ်ပိုင်ဆိုင်မှုစာအုပ် (Vehicle Titles) မဟုတ်ပါ
- သက်တမ်းရှိ အင်ဒီယားနား သေနတ်ကိုင်ဆောင်ခွင့်လိုင်စင်
- အိမ်ငှားစာချုပ် (အနည်းဆုံး 6 လ သက်တမ်းရှိရမည်)
- သက်တမ်းရှိ သက်မွေးဝမ်းကျောင်း လုပ်ငန်းလိုင်စင်

- ပြည်နယ်အေဂျင်စီမှ လွှဲပြောင်းစာ (State Agency Referral)
- အလုပ်လျှောက်လွှာ (အနည်းဆုံး 6 လ သက်တမ်းရှိရမည်) - လစာဖြတ်ပိုင်း (Check Stubs) မဟုတ်ပါ
- ကုမ္ပဏီခေါင်းစဉ်ပါ စာရွက်ဖြင့် အလုပ်ခန့်ထားကြောင်း ထောက်ခံစာ
- လက်မှတ်ပါသော စာကြည့်တိုက်ကတ်
- လက်မှတ်ထိုးထားသော ယခင်နှစ် အခွန်ဆောင်ထားသည့် မှတ်တမ်း - W2 statements မဟုတ်ပါ

ကျွန်ုပ်တို့သည် ကြည့်ရှုခွင့်တောင်းဆိုချက်ကို လက်ခံရရှိပြီး ရက်ပေါင်း (30) အတွင်း တုံ့ပြန်ရမည်ဖြစ်သော်လည်း၊ တောင်းဆိုထားသော မှတ်တမ်းများမှာ ပြင်ပတွင် သိမ်းဆည်းထားခြင်းဖြစ်ပါက တုံ့ပြန်ရန် ရက်ပေါင်း (60) အထိ အချိန်ယူနိုင်ပါသည်။