

Newborn bloodspot screening

Kiểm tra giọt máu trẻ sơ sinh — vì sức khỏe của con quý vị



Kiểm tra giọt máu trẻ sơ sinh là gì?

Kiểm tra giọt máu trẻ sơ sinh là một xét nghiệm được sử dụng để tìm ra một số ít trẻ sơ sinh có thể bị một vấn đề y tế hiếm gặp nhưng nghiêm trọng có thể ảnh hưởng tới sức khỏe của trẻ.

Xét nghiệm tìm kiếm hơn 23 vấn đề khác nhau. Xét nghiệm này quan trọng bởi vì:

- những vấn đề này không thể nhìn thấy được ở các trẻ khi mới sinh ra
- xét nghiệm tìm ra các trẻ bị bệnh sớm. Tìm ra các vấn đề sớm có nghĩa là các trẻ có thể được chăm sóc đúng cách.

Hầu hết các trẻ được sinh ra tại Victoria đều khỏe mạnh. Chỉ có một vài trẻ sẽ bị phát hiện thấy có một trong những vấn đề nghiêm trọng này. Đối với một vài trẻ, những vấn đề này có thể đe dọa tới tính mạng nếu chúng không được điều trị ngay lập tức. Trong những trường hợp hiếm gặp, các bác sĩ có thể không chữa được bệnh.

Kiểm tra được thực hiện khi nào và bằng cách nào?

Việc kiểm tra nhanh chóng, an toàn và có sẵn cho tất cả các trẻ sơ sinh. Trong khoảng 2 tới 3 ngày sau khi con quý vị được sinh ra, nhân viên hộ sinh sẽ trích lấy vài giọt máu và giữ trên một thẻ kiểm tra. Việc này được thực hiện bằng cách chích vào gót chân của con quý vị. Cho trẻ bú hay bế trẻ sẽ giúp việc chích vào gót chân được dễ dàng hơn.

Thẻ kiểm tra sẽ được gửi tới Bệnh viện Nhi Hoàng gia tại Melbourne. Hầu hết trẻ sơ sinh đều có kết quả xét nghiệm bình thường. Khi kết quả bình thường, quý vị sẽ **không** được thông báo thêm điều gì nữa. Đừng lo lắng nếu cần lấy thêm mẫu máu thứ hai từ con quý vị - đôi khi điều này xảy ra.

Nếu có vấn đề gì với kết quả xét nghiệm của con quý vị, quý vị sẽ được bác sĩ hay nhân viên hộ sinh thông báo. Họ sẽ cho quý vị biết cần làm gì.

Điều gì xảy ra sau khi kiểm tra?

Thẻ kiểm tra của con quý vị với phần máu còn lại trên thẻ sẽ được giữ trong vòng hai năm tại Bệnh viện Nhi. Đây là để dự phòng trường hợp cần làm xét nghiệm thêm cho con quý vị. Bệnh viện cũng sẽ sử dụng các mẫu cũ để đảm bảo các máy xét nghiệm máu đều đang làm việc chính xác.

Sau hai năm, các thẻ kiểm tra được lưu giữ không thời hạn tại một nơi an toàn. Các thẻ này được đảm bảo an toàn và được luật pháp của tiểu bang bảo vệ. Sau giai đoạn hai năm lưu trữ tại phòng thí nghiệm, quý vị có thể xin để thẻ kiểm tra của con quý vị được chuyển lại cho quý vị.

Newborn bloodspot screening



Trong quá trình lưu giữ, các thẻ kiểm tra có thể được sử dụng:

- bởi bác sĩ của quý vị nếu cần làm xét nghiệm thêm cho con quý vị
- nếu được tòa án yêu cầu
- và đôi khi cho nghiên cứu sức khỏe khuyết danh.

Quý vị có thể chọn cho mẫu của con mình được sử dụng cho nghiên cứu. Nghiên cứu này không sử dụng tên hay thông tin cá nhân khác của quý vị. Để mẫu được sử dụng cho nghiên cứu là một lựa chọn cá nhân và sẽ không cản trở việc quý vị cho con mình được kiểm tra.

Cho phép kiểm tra giọt máu trẻ sơ sinh

Trước khi một mẫu máu được lấy, quý vị sẽ được yêu cầu đồng ý cho việc xét nghiệm được thực hiện. Quý vị cũng sẽ được yêu cầu cho biết 'có hoặc không' cho phép việc sử dụng thẻ kiểm tra cho nghiên cứu. Thẻ kiểm tra sẽ có hình dạng như thế này:

Đồng ý cho Kiểm tra Giọt máu Trẻ sơ sinh

Tôi đã nhận được và hiểu thông tin trong tờ thông tin về kiểm tra giọt máu trẻ sơ sinh. Tôi đồng ý cho con tôi được lấy máu cho xét nghiệm kiểm tra giọt máu trẻ sơ sinh.

Sử dụng Nghiên cứu Thứ cấp

Tôi hiểu rằng máu trên các thẻ kiểm tra được lưu giữ đôi lúc có thể được sử dụng cho nghiên cứu sức khỏe khuyết danh. Tôi chọn việc để mẫu máu của con tôi có thể dùng cho mục đích này.

Thông tin thêm

- hãy nói chuyện với nhân viên hộ sinh của quý vị
- hãy viếng trang mạng www.vcgs.org.au/tests/newborn-bloodspot-screening (chỉ có tiếng Anh)
- hãy gọi số 1300118247 để nói chuyện với tư vấn viên tại Dịch vụ Di truyền học Lâm sàng Victoria (Victorian Clinical Genetics Service).



SOAK BLOOD FROM THE OTHER SIDE

VICTORIAN NEWBORN SCREENING LABORATORY

BIRTH HOSPITAL _____

COMPLETE ALL DETAILS OR USE HOSPITAL LABEL BELOW

Baby's
FULL NAME _____

Mother's
FULL NAME _____

UR _____
Doctor's Name _____

Date of birth / / time 24:00hr

Date of sample / / time 24:00hr

Gestation: weeks Current weight: g Twin 1 2

Breast Feed ☐ Formula Type ☐ TPN ☐ Male ☐ Female ☐

Relevant Clinical / Family History _____

Collector's Name _____

Newborn Screening Consent
I have received and understood the information in the newborn screening brochure. I consent to my baby having blood collected for the newborn screening test. ☐ Yes ☐ No

Secondary Research Use
I understand that blood from stored screening cards can be used occasionally for de-identified health research. I choose to make my baby's blood sample available for this purpose. ☐ Yes ☐ No

Parent Signature: _____