

## Newborn bloodspot screening



### Saringan bintik darah bayi baharu lahir— untuk kesihatan bayi anda

#### Apakah itu saringan bintik darah bayi baharu lahir?

Saringan bintik darah bayi baharu lahir ialah satu ujian untuk mencari sejumlah kecil bayi yang mungkin mempunyai masalah perubatan serius yang jarang sekali, boleh menjejaskan kesihatan mereka.

Ujian mencari lebih daripada 23 masalah yang berbeza. Ia penting kerana:

- masalah ini tidak boleh dilihat dalam bayi ketika mereka lahir
- ia mencari bayi yang sakit dengan awal. Mencari masalah dengan awal bermaksud bayi boleh dijaga dengan betul selepas itu.

Kebanyakan bayi yang lahir di Victoria adalah sihat. Hanya beberapa orang bayi yang didapati mempunyai salah satu daripada masalah serius ini. Untuk sesetengah bayi, masalah ini boleh mengancam nyawa jika ia tidak terus dirawat. Dalam kes yang jarang berlaku, doktor tidak dapat mengubati masalah itu.

#### Bila dan bagaimana saringan dilakukan?

Saringan adalah cepat, selamat dan tersedia kepada semua bayi. Selepas 2 dan 3 hari bayi anda lahir, bidan anda akan mengumpulkan beberapa titis darah pada kad saringan. Ini dilakukan dengan menyucuk tumit bayi anda. Ini mungkin sedikit menyakitkan bayi anda. Menyusukan atau memegang mereka ketika menyucuk tumit akan membantu.

Kad saringan dihantar ke Hospital Kanak-kanak Royal di Melbourne. Hampir kesemua bayi mempunyai keputusan ujian yang normal. Apabila keputusan normal, anda **tidak** akan mendengar apa-apa. Jangan bimbang jika sampel darah kedua diperlukan daripada bayi anda – kadang kala ini berlaku.

Jika terdapat masalah dengan keputusan ujian bayi anda, anda akan dimaklumkan oleh doktor atau bidan. Mereka akan memberitahu kepada anda apa yang perlu dilakukan.

#### Apakah yang berlaku selepas saringan?

Kad saringan bayi anda dengan baki darah padanya akan disimpan selama dua tahun di Hospital Kanak-kanak itu. Ini sekiranya ujian lanjut diperlukan untuk bayi anda. Hospital juga menggunakan sampel lama untuk memastikan mesin yang menguji darah itu berfungsi dengan betul.

Selepas dua tahun, kad saringan disimpan dalam tempat yang selamat untuk tempoh waktu yang tidak terbatas. Kad adalah selamat dan dilindungi oleh undang-undang negara. Selepas tempoh dua tahun penyimpanan makmal, anda boleh memohon untuk kad saringan bayi anda dipindahkan kepada anda.

Semasa simpanan, kad saringan boleh digunakan:

- oleh doktor anda ujian lanjut diperlukan untuk bayi anda
- jika diminta oleh mahkamah
- dan kadang kala untuk nyah pengenalpastian kajian kesihatan,

# Newborn bloodspot screening



Anda boleh memilih jika anda ingin menjadikan sampel bayi anda tersedia untuk penggunaan kajian. Kajian ini tidak menggunakan nama atau maklumat peribadi lain anda. Membiarkan sampel digunakan untuk kajian adalah pilihan peribadi dan tidak akan menghentikan anda daripada bayi anda disaring.

## Memberikan kebenaran untuk saringan bintik darah bayi baharu lahir

akan diminta untuk memberikan persetujuan untuk ujian dijalankan. Anda juga akan diminta untuk mengatakan 'ya atau tidak' untuk menggunakan kad untuk kajian. Kad saringan akan kelihatan seperti ini:

### Persetujuan Saringan Bintik Darah Bayi Baharu Lahir

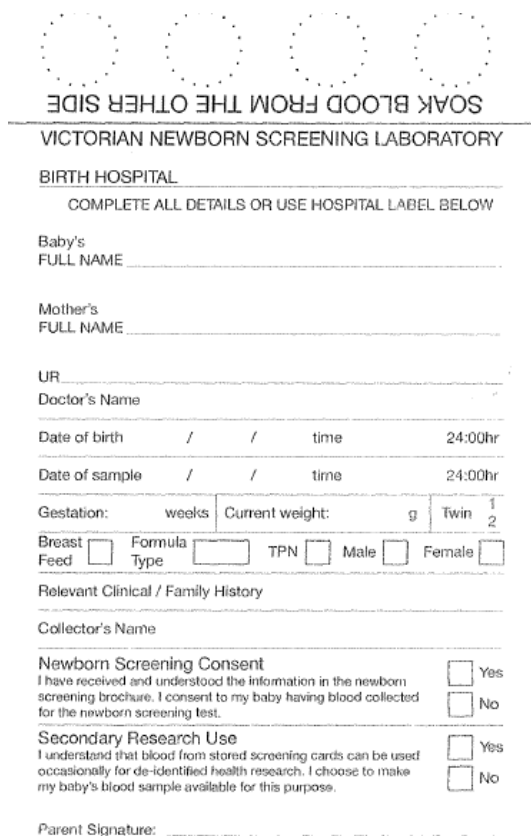
Saya telah menerima dan memahami maklumat brosur dalam saringan bintik darah bayi baharu lahir. Saya bersetuju untuk darah bayi saya dikumpulkan untuk saringan bintik darah bayi baharu lahir.

### Penggunaan Kajian Sekunder

Saya memahami bahawa darah daripada kad saringan yang disimpan kadang kala boleh digunakan. Saya memilih untuk nyah pengenalpastian kajian kesihatan. Saya memilih untuk menjadikan sampel darah bayi saya tersedia Bagi tujuan ini.

## Maklumat lanjut

- berbincang dengan bidan anda
- lawati laman web [www.vcgs.org.au/tests/newborn-bloodspot-screening](http://www.vcgs.org.au/tests/newborn-bloodspot-screening) (Bahasa Inggeris sahaja)
- Hubungi 1300118247 untuk bercakap dengan kaunselor di Perkhidmatan Genetik Klinikal Victoria.



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  Yes  No  
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.

Secondary Research Use  Yes  No  
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.

Parent Signature: \_\_\_\_\_