

新生兒篩檢拒絕篩檢切結書

新生兒篩檢可以幫助寶寶早期發現某些先天性代謝異常疾病，及早接受妥善、適切的治療，減少因疾病造成身體或智能上的發育遲緩或損害，讓更多寶寶平安健康成長。

國民健康署綜合考量疾病發生率、疾病對寶寶的影響、治療方式與預後、篩檢經濟效益等各方面，指定篩檢以下 22 項疾病：先天性甲狀腺功能低能症、苯酮尿症、高胱氨酸尿症、半乳糖血症、葡萄糖-六-磷酸鹽去氫酶缺乏症、先天性腎上腺增生症、楓漿尿病、中鏈醯輔酶 A 去氫酶缺乏症、戊二酸血症第一型、異戊酸血症、甲基丙二酸血症、丙酸血症、瓜胺酸血症第一型、瓜胺酸血症第二型、三羥基三甲基戊二酸尿症、全羧化酶合成酶缺乏症、原發性肉鹼缺乏症、肉鹼棕櫚醯基轉移酶缺乏症第一型、肉鹼棕櫚醯基轉移酶缺乏症第二型、極長鏈醯輔酶 A 去氫酶缺乏症、戊二酸血症第二型、脊髓型肌肉萎縮症。

新生兒篩檢作業方式：由醫院〈婦產科〉在寶寶出生 48 小時或餵奶滿 24 小時後採取少許的腳跟血液，寄交國民健康署指定之新生兒篩檢中心進行相關檢驗，約二週後可得知報告。危險性較高的個案，將再進行複檢或確認。必要時將轉介至遺傳中心作進一步確認診斷及治療。

法定代理人聲明：經由醫護人員充分地告知說明後，本人已完全明瞭該項篩檢內容、目的及疾病之嚴重性，但我仍不願意讓我的寶寶接受新生兒先天性代謝異常疾病篩檢。

法定代理人簽名：_____

身份證字號：_____

日期：_____

收取同意書者聲明：個人已善盡充分的告知與說明義務之責，確認立書人完全明瞭該項篩檢內容及目的，但父母仍不願意讓寶寶接受新生兒先天性代謝異常疾病篩檢。

收取同意書者簽名：_____

醫療院所：_____

日期：_____

正本由醫院留存病歷並轉知衛生單位，影本由法定代理人留存