



Queensland Government

**Healthy Hearing Program**  
**동의서**

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. 청력 선별검사**

아기에게 청력 문제가 있는지 체크하기 위해 모든 신생아가 청력 선별검사를 받아야 한다는 점을 본인은 이해합니다.

**B. 위험요소가 있나요?**

본인은 이 절차에 알려져 있는 아기의 부상 위험은 없다는 점을 이해합니다. 그러나:

- 이 청력 선별검사서에서 사실상 청력 상실이 있을지도 모르는 경우에도 청력 상실이 없는 것으로 나타날 수 있는 작은 가능성은 있습니다.
  - 아동이 여전히 향후 인생에서 청력 상실을 겪을 수 있습니다. 따라서 부모가 아기의 청력을 계속 모니터링하는 것이 중요합니다.
- 만일 자녀가 청력 선별검사를 받는 것에 동의하지 않는 경우, 청력 상실이 후기 단계에 가서야 파악될 수도 있다는 점을 본인은 이해합니다. 후기 단계에 파악한다는 것은 자녀가 언어 발달 지체를 경험할 수 있다는 의미입니다.

**C. 부모 동의 또는 거부**

본인은 다음을 인정합니다:

- 본인은 “아기의 청력 선별검사” 브로셔를 읽었거나 본인에게 설명하게 했으며, ..... 가 퀸즈랜드 주의 건강한 청력 프로그램을 본인에게 설명했습니다.  
 (병원 직원의 이름)
- 본인은 절차 및 리스크에 대해 질문을 하고 우려를 제기할 수 있었습니다. 본인의 질문과 우려사항은 본인이 만족할 정도로 논의가 되었고 답변이 되었습니다.
- 내 자녀에게 더 정밀한 테스트가 필요한 것으로 드러나는 경우, 담당 GP, 아동 보건 간호사, 소아과의사, 청각전문가, 가족 지원 조정자 및 건강한 청력 프로그램의 직원과 같은 보건 전문가들이 테스트 결과를 통지받을 수 있다는 점과, 건강한 청력 프로그램과 관련된 직원이 본인에게 연락을 취할 수도 있다는 점을 본인은 이해합니다.

또한 본인은 다음을 이해합니다.

- 선별검사의 결과는 더 정밀한 테스트 또는 치료가 필요한 아기의 후속 검진을 지원하는 데이터베이스에 기록될 것입니다. 또한 데이터베이스는 건강한 청력 프로그램의 모니터링을 허용합니다.
- 데이터베이스의 정보가 조사 목적으로 사용될 수는 있으나 보고서 또는 공개되는 정보에 이름이 사용되지는 않을 것입니다.
- 임상 평가에서 내 자녀가 선별검사를 통과해선 안되는 것으로 나타나는 경우 내 자녀는 청각학 진단 평가에 의뢰될 것입니다.

위의 진술에 근거하여:

- 선별검사  본인은 내 아기가 청력 선별검사를 받는 것에 동의합니다.  
 본인은 내 아기가 청력 선별검사를 받는 것에 동의하지 않습니다.
- 임상적 선별 배제  본인은 내 아기가 선별검사를 받지 않고, 청각학 서비스에 의뢰되는 것에 동의합니다.  
 본인은 내 아기가 선별검사를 받지 않고, 청각학 서비스에 의뢰되는 것에 동의하지 않습니다.

부모 성명 (인쇄체로 쓰십시오):

서명:

날짜:

--	--	--

**D. Hospital staff statement**

- I have explained to the parent the procedure and the risks.
- I have given the parent an opportunity to ask questions about any of the above matters and raise any other concerns which I have answered as fully as possible. I am of the opinion that the parent understood the above information.

Staff member name (please print):

Signature:

Date:

--	--	--

**Interpreter / cultural needs**

- Is an Interpreter Service required?  Yes  No
- If yes, is a qualified Interpreter present?  Yes  No
- Is a Cultural Support Person present?  Yes  No
- I have given a translation in ..... of the consent form and any verbal and written information given to the parent by the hospital staff member.

Interpreter name (please print):

Signature:

Date:

--	--	--

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v6.00 - 04/2019  
 Mat. No.: 10188212



SW011

HEALTHY HEARING PROGRAM - 동의서