



Queensland Government

Healthy Hearing Program
 同意書

Facility:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. 聽力篩查

我瞭解所有新生兒都應接受聽力篩查，以檢查其是否有聽力問題。

B. 是否有任何風險?

我瞭解在此過程中並不會對新生兒造成已知風險，然而：

- 有可能的是聽力篩查結果可能顯示新生兒無聽力損失，但其實際上可能患有聽力損失。
- 兒童仍可能在此後患上聽力損失。因此，父母務必要持續監控其孩子的聽力。

我瞭解如果我不同意讓孩子接受聽力篩查，可能會在後期才發現聽力損失的狀況。遲發現可能意味著我的孩子可能會經歷語言發展遲緩問題。

C. 家長同意或拒絕

我確認：

- 我已閱讀或已有人向我解釋了本手冊“您孩子的聽力篩查”，
 也向我解釋了昆士蘭州的健康聽力計畫。
 (醫院員工姓名)
- 我已提出關於此項篩查的步驟和風險的疑問和顧慮，經討論，我已獲得滿意的回答。
- 我瞭解如篩查結果發現我的孩子需接受進一步測試，可能會告知我的家庭醫生、兒童健康護士、兒科醫生、聽力師、家庭支持協助員和健康聽力計畫人員等健康專業人士。健康聽力計畫的相關人員也可能會聯繫我。

我也瞭解：

- 篩查的結果將錄入資料庫中，有助於跟進需進行後續測試或治療的新生兒。該資料庫也可用於監控健康聽力計畫。
- 資料庫內的資訊可用作研究目的，但是姓名將不會出現於任何報告或發佈的資訊中。
- 若臨床評估表明我的孩子不應接受篩查，孩子將轉診至聽力科進行診斷評估

基於上述聲明：

- 篩查 我同意讓我的孩子接受聽力篩查。
 我**不同意**讓我的孩子接受聽力篩查。
- 篩查的臨床排除 我同意在未進行篩查的情況下，讓我的孩子轉診至聽力科。
 我**不同意**在未進行篩查的情況下，讓我的孩子轉診至聽力科。

家長姓名 (正楷)

簽名:

日期:

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: