



Queensland Government

Healthy Hearing Program
Mẫu Đơn Đồng Ý

Facility:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. Kiểm tra thính giác

Tôi hiểu rằng tất cả trẻ sơ sinh nên được kiểm tra thính giác để xem liệu bé có thể bị một vấn đề về thính giác không.

B. Có rủi ro nào không?

Tôi hiểu rằng không có rủi ro gây thương tích nào được biết đến cho em bé trong thủ thuật này, nhưng:

- Có một khả năng nhỏ là việc kiểm tra thính giác có thể cho thấy rằng bé không bị mất thính giác nhưng trên thực tế bé có thể bị mất thính giác.
- Một trẻ vẫn có thể bị mất thính giác sau này trong đời. Do đó, điều quan trọng là cha mẹ phải tiếp tục theo dõi thính giác của con họ.

Tôi hiểu rằng nếu tôi không đồng ý cho con tôi kiểm tra thính giác thì việc mất thính giác có thể không được phát hiện cho đến một giai đoạn sau này. Phát hiện sau này có thể có nghĩa là con tôi có thể bị chậm phát triển ngôn ngữ.

C. Sự đồng ý hay từ chối của phụ huynh

Tôi công nhận rằng:

- Tôi đã đọc hoặc đã được giải thích về tập tài liệu – “Kiểm tra thính giác của con bạn”, và đã giải thích cho tôi về Chương Trình Thính Giác Khỏe Mạnh của Queensland.
 (tên của nhân viên bệnh viện)
- Tôi đã có thể đặt câu hỏi và nêu lên sự lo ngại về thủ thuật và những rủi ro của nó. Câu hỏi và sự lo ngại của tôi đã được thảo luận và trả lời để tôi được hài lòng.
- Tôi hiểu rằng trong trường hợp việc kiểm tra chỉ ra rằng con tôi cần xét nghiệm thêm thì các chuyên gia y tế như Bác Sĩ Gia Đình, Y Tá Chăm Sóc Sức Khỏe Trẻ Em, Bác Sĩ Nhi Khoa, Chuyên Gia Thính Học, Nhân Viên Hỗ Trợ Gia Đình và nhân viên của Chương Trình Thính Giác Khỏe Mạnh có thể được thông báo về kết quả và tôi có thể được liên lạc bởi các nhân viên có liên quan đến Chương Trình Thính Giác Khỏe Mạnh.

Tôi cũng hiểu rằng:

- Kết quả của việc kiểm tra sẽ được ghi lại trên cơ sở dữ liệu hỗ trợ theo dõi các bé cần xét nghiệm hoặc điều trị thêm. Cơ sở dữ liệu cũng cho phép theo dõi Chương Trình Thính Giác Khỏe Mạnh.
- Thông tin từ cơ sở dữ liệu có thể được sử dụng cho mục đích nghiên cứu nhưng tên sẽ không được sử dụng trong bất kỳ báo cáo hoặc thông tin được công bố nào.
- Nếu đánh giá lâm sàng chỉ ra rằng con tôi không nên được kiểm tra thì con tôi sẽ được chuyển đến Khoa Thính Học để được đánh giá chẩn đoán.

Trên cơ sở các tuyên bố trên:

- Kiểm tra Tôi đồng ý cho con tôi được kiểm tra thính giác.
 Tôi **KHÔNG** đồng ý cho con tôi được kiểm tra thính giác.
- Loại trừ lâm sàng không kiểm tra Tôi đồng ý cho con tôi được giới thiệu đến Khoa Thính Học, mà không cần kiểm tra.
 Tôi **KHÔNG** đồng ý cho con tôi được giới thiệu đến Khoa Thính Học, mà không cần kiểm tra.

Tên phụ huynh (vui lòng viết hoa):

Chữ ký:

Ngày:

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: