



Queensland Government

Healthy Hearing Program

သဘောတူညီမှု

Facility:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

(က) နားကြားမှုစစ်စစ်ခြင်း

မွေးကင်းစကလေးများတွင် နားကြားမှုပြဿနာရှိနေခြင်းကြောင့် သိရှိရန် မွေးပြီးစတွင် နားကြားမှုစစ်စစ်ခြင်းလုပ်သင့်သည်ကို ကျွန်ုပ် သဘောပေါက်ပါသည်။

(ခ) ဘေးအန္တရာယ်များရှိနိုင်သလား?

ဤသို့လုပ်ဆောင်မှုတွင် မွေးစကလေး၌ ဒဏ်ရာအန္တရာယ်ဖြစ်မှု များရှိကြောင်း မကြားဖူးသော်လည်း -

- အမှန်တကယ်နားကြားမှုချို့တဲ့မှု ရှိနေသော်လည်း နား ကြားမှု ချို့တဲ့မှုမရှိဟု နားကြားမှုစစ်စစ်ရာ၌ ပြသနိုင်ခြေ အနည်း ငယ်ရှိပါသည်။
- ကလေးတွင် နောက်ပိုင်း၌ နားကြားမှုချို့တဲ့ခြင်း ဖြစ်လာ နိုင်ပါသေးသည်။ ထို့ကြောင့် မိဘများအနေဖြင့် ကလေး၏ နားကြားမှုကို ဆက်လက်သတိထားကြည့်နေဖို့ အရေးကြီးပါသည်။

အကယ် ၍ နားကြားမှုစစ်စစ်ခြင်းကို သဘောမတူခဲ့ပါက ကလေးနားကြားမှု ချို့တဲ့နေလျှင်၊ အချိန်အတော်ကြာမှသာ သိလာနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ နောက်မှ သိလာခြင်းကြောင့် ကလေးအနေဖြင့် ဘာသာစကားဖွံ့ဖြိုးမှု နောက်ကျစေနိုင်ပါသည်။

(ဂ) မိဘသဘောတူမှု သို့မဟုတ် ငြင်းပယ်မှု

ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် -

- “သင့်ကလေး၏ နားကြားမှုစစ်စစ်ခြင်း” စာတမ်းကို ဖြေ ဖြေ (သို့မဟုတ်) ကျွန်ုပ်တို့ရှင်းပြပြီးနောက် ကျွမ်းကျင်သူများ၏ နားကြားမှု စစ်စစ်ခြင်းအစီအစဉ်ကို ပြောပြပြီးပါပြီ။
(ဆေးရုံမှ ဝန်ထမ်းအမည်)
- ယင်းသို့လုပ်ကိုင်ပုံနှင့် ဘေးအန္တရာယ်များနှင့်ပတ်သက်၍ မေး ခွန်းများ၊ စိတ်ပူစရာများကို ကျွန်ုပ်မေးနိုင်ခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်မေး လိုသည်များနှင့် စိတ်ပူသည်များကို ကျွန်ုပ်ကြေကပ်သည်အထိ ဆွေးနွေးကြားပြောပြီးပါပြီ။
- ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအနေဖြင့် နားကြားမှုကို ထပ်မံစစ်ဆေးရန်လိုအပ် ခဲ့လျှင် မိသားစုဆရာဝန်၊ ကလေးကျန်းမာရေးသူနာပြု၊ ကလေး အထူးကုဆရာဝန်၊ နားကြားမှု စစ်ဆေးသူ၊ မိသားစုအထောက်အ ကူပြုအရာရှိနှင့် နားကြားမှုကောင်းမွန်ရေးအစီအစဉ်ဝန်ထမ်း - စသည့် ကျန်းမာရေးတတ်ကြွင်းသူများကို အသိပေးမည်အကြောင်း နှင့် နားကြားမှုကောင်းမွန်ရေးအစီအစဉ်နှင့်ပတ်သက် သူတစ်ဦးဦး ကကျွန်ုပ်တို့ ဆက်သွယ်လာနိုင်ကြောင်း သဘောပေါက်ပါသည်။

အောက်ပါတို့ကိုလည်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

- စိစစ်မှုအဖြေများကို နောက်ပိုင်းဆက်လက်ပြီး မွေးစကလေးများ အတွက် လိုအပ်သလိုစစ်ဆေးခြင်းသို့မဟုတ် ကုသခြင်းတို့အတွက် အထောက်အကူဖြစ်ရန်၊ အချက်အလက်သို့လျှောက်ထား ထည့်သွင်း ပါမည်။ အချက်အလက်သို့လျှောက်မှုမှလည်း နားကြားမှုကောင်းမွန် ရေးအစီအစဉ်ကို သုံးသပ်ရန်အသုံးပြုပါသည်။
- အချက်အလက်သို့လျှောက်ထားမှုမှ အကြောင်းအရာများကို သု တေသနအတွက် သုံးနိုင်သော်လည်း တင်ပြချက်များနှင့်ထုတ်ပြန် မှုများတွင် အမည်များကို သုံးမည်မဟုတ်ပါ။
- ဆေးခန်းသုံးသပ်ချက်အရ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးကို မစိစစ်ရန်ပြုလျှင်၊ ယင်းတို့ကို နားကြားမှုစစ်ဆေးရေးထံ အခြေအနေအကဲဖြတ်သုံး သပ်မှု အတွက် ညွှန်းပေးပါမည်။

အထက်ပါတို့ကို ဆိုချက်များအရ -

- စိစစ်ခြင်း ကျွန်ုပ်၏ မွေးကင်းစကလေး၊ နားကြားမှုစစ်စစ်ရန် သဘောတူ ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ မွေးကင်းစကလေး နားကြားမှုစစ်စစ်ရန် သဘောမတူ ပါ။
- ဆေးခန်းမှ စိစစ်ခြင်းကို ဖယ်ရှားလျှင် ကျွန်ုပ်၏ မွေးကင်းစကလေးကို မစိစစ်ပါ။ နားကြားမှုစစ်ဆေး သည့် ဌာန သို့ ညွှန်းပေးရန် သဘောတူပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ မွေးကင်းစကလေးကို မစိစစ်ပါ။ နားကြားမှုစစ်ဆေး သည့် ဌာန သို့ ညွှန်းပေးရန် သဘောမတူပါ။

မိဘအမည် (ရောပါ) -

လက်မှတ် -

ရက်စွဲ -

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 - သဘောတူညီမှု