



Queensland Government

**Healthy Hearing Program**

**คำยินยอม**

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. การตรวจคัดกรองการได้ยิน**

ฉันเข้าใจว่าทารกแรกเกิดทุกรายควรได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินเพื่อดูว่าทารกอาจมีปัญหาการได้ยินหรือไม่

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

**B. มีความเสี่ยงใดหรือไม่**

ฉันเข้าใจว่าไม่มีความเสี่ยงที่ทารกจะได้รับความบาดเจ็บในกระบวนการนี้ แต่:

- มีความเป็นไปได้เล็กน้อยที่การตรวจคัดกรองการได้ยินอาจแสดงผลว่าไม่มีการสูญเสียการได้ยินแต่ในความเป็นจริงนั้นมี
- เด็กอาจสามารถสูญเสียการได้ยินเมื่อโตขึ้น ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พ่อแม่จะต้องคอยเฝ้าดูการได้ยินของลูกต่อไป

ฉันเข้าใจว่าหากฉันไม่ให้ความยินยอมให้ลูกของฉันรับการตรวจคัดกรองการได้ยิน ภาวะสูญเสียการได้ยินอาจไม่ถูกตรวจพบจนเมื่อสายกว่านี้ การตรวจพบในภายหลังอาจหมายความว่าเด็กอาจประสบปัญหาการพัฒนาทักษะด้านภาษาล่าช้าได้

**C. บิดามารดาให้ความยินยอมหรือปฏิเสธ**

ฉันรับทราบว่า:

- ฉันได้อ่านหรือได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแผ่นพับ "การตรวจคัดกรองการได้ยินของลูกของฉัน" และโครงการเพื่อการได้ยินที่สมบูรณ์ของรัฐบาลควีนส์แลนด์แล้ว

(ชื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล)

- ฉันสามารถตั้งคำถามและพูดคุยถึงความกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัดกรองและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและได้มีการตอบคำถามและพูดคุยเรื่องความกังวลของฉันจนฉันพอใจแล้ว
- ฉันเข้าใจว่าในกรณีที่ลูกของฉันต้องเข้ารับการตรวจวัดเพิ่มเติม ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ประจำตัวของฉัน พยาบาลสุขภาพเด็ก กุมารแพทย์ นักโสตสัมผัสวิทยา ผู้ประสานงานช่วยเหลือครอบครัว และเจ้าหน้าที่โครงการเพื่อการได้ยินที่สมบูรณ์อาจได้รับผลการตรวจวัดและฉันอาจได้รับการติดต่อจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้

ฉันยังเข้าใจด้วยว่า:

- ผลการตรวจคัดกรองจะถูกบันทึกลงในฐานข้อมูลซึ่งเป็นการช่วยติดตามทารกที่จำเป็นต้องรับการตรวจวัดเพิ่มเติมหรือการรักษา ฐานข้อมูลนี้ยังช่วยให้สามารถสังเกตการณ์โครงการเพื่อการได้ยินที่สมบูรณ์อีกด้วย
- ข้อมูลจากฐานข้อมูลอาจถูกนำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์เพื่อการวิจัย แต่จะไม่มีการนำชื่อบุคคลไปใช้ในรายงานหรือข้อมูลที่นำไปตีพิมพ์
- หากการประเมินโดยสถานพยาบาลบ่งชี้ว่าลูกของฉันไม่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรอง พวกเขาจะถูกส่งต่อไปที่แผนกโสตสัมผัสวิทยาสำหรับการประเมินเพื่อวินิจฉัย

จากข้อความข้างต้นนี้:

- การตรวจคัดกรอง  ฉันยินยอมให้ลูกของฉันเข้ารับการตรวจคัดกรองการได้ยิน
- ฉันไม่ยินยอมให้ลูกของฉันเข้ารับการตรวจคัดกรองการได้ยิน
- สถานพยาบาลยกเว้นการตรวจคัดกรอง  ฉันยินยอมให้มีการส่งต่อลูกของฉันไปที่แผนกโสตสัมผัสวิทยาโดยไม่รับการตรวจคัดกรอง
- ฉันไม่ยินยอมให้ส่งต่อลูกของฉันไปที่แผนกโสตสัมผัสวิทยาโดยไม่รับการตรวจคัดกรอง

ชื่อผู้ปกครอง (โปรดเขียนตัวพิมพ์ใหญ่):

ลายเซ็น:

วันที่:

**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 - คำยินยอม