



Queensland Government

Healthy Hearing Program

رضایت

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

الف. بررسی شنوایی

من میدانم که شنوایی تمام اطفال نوزاد به منظور اینکه آیا طفل کدام مشکل شنوایی دارد یا خیر باید مورد ارزیابی قرار بگیرد

ب: آیا کدام خطری وجود دارد؟

من میدانم که در این بررسی شنوایی کدام خطری متوجه طفل نمیشود اما:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

- احتمال جزئی وجود دارد که این بررسی شنوایی نشان بدهد که طفل کدام مشکل شنوایی ندارد در حالیکه گوش طفل در حقیقت شنوایی نداشته باشد.
- والدین اطفال باید شنوایی اطفال شان را در مراحل بعدی زندگی نیز زیر نظارت داشته باشند بخاطر اینکه ضیاع شنوایی در مراحل بعدی زندگی نیز میتواند بوجود بیاید.
- من میدانم که اگر من بخاطر معاینه شدن شنوایی طفل ام رضایت ندهم، در این صورت مشکل شنوایی طفل ام تا مراحل بعدی تشخیص نخواهد شد. تشخیص نواقص مشکل شنوایی میتواند باعث تأخیر اکتشاف لسان طفل شود

ت: رضایت یا عدم رضایت والدین

من قبول دارم که:

- این جزوه "بررسی شنوایی نوزاد شما" را خواندم و یا اینکه کسی آنرا به من توضیح داده است. و هم اینکه برنامه سلامت شنوایی کووینزلند برای من توضیح داده شده است.

(نام کارمند شفاخانه)

- من توانستم که سؤال و نگرانی ام را در مورد این عملیه و خطرات آن مطرح کنم. سؤال ها و نگرانی من مورد بحث قرار گرفته و جواب قناعت بخش به من ارائه شد.
- من میدانم که اگر طفل من به آزمایش های بیشتر ضرورت داشته باشد، این موضوع به کارمندان صحنی به شمول داکتر چی پی ام، پرستاران صحت طفل، متخصص اطفال، متخصص بخش شنوایی، سهولت دهنده گان حمایت فامیلی و به کارمندان برنامه سلامت شنوایی اطلاع داده میشود و کارمندان مربوط برنامه سلامت شنوایی با من در این باره به تماس خواهد شد

من همچنان میدانم که:

- نتیجه این آزمایش در کمپیوتر ذخیره میشود تا از آن در برنامه های تعقیبی بخاطر آزمایش و تداوی بیشتر این اطفال استفاده شود. همچنان از این معلومات ذخیره شده بخاطر نظارت برنامه سلامت شنوایی نیز کار گرفته خواهد شد
- از معلومات ذخیره شده در کمپیوتر در برنامه های تحقیقی نیز ممکن کار گرفته شود، البته طوریکه در گذارش ها و معلومات چاپی نام افراد ذکر نخواهد شد.
- اگر معاینه کلینیکی نشان بدهد که طفل من به بررسی آزمایشی ضرورت ندارد، در این صورت آنها به متخصص بخش شنوایی به منظور معاینه تشخیصی معرفی خواهد شد.

به اساس اظهارات بالا:

بررسی آزمایشی  من رضایت میدهم تا شنوایی طفل من آزمایش شود.

من رضایت نمیدهم تا شنوایی طفل من آزمایش شود.

خروج کلینیکی از بررسی آزمایشی  من رضایت میدهم تا طفل من بدون بررسی آزمایشی به متخصص بخش شنوایی معرفی شود.

من رضایت نمیدهم تا طفل من بدون بررسی آزمایشی به متخصص بخش شنوایی معرفی شود.

نام والدین (لطفاً نامتان را بنویسید):

امضاً:

تاریخ:

--	--	--

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:

--	--	--

