



Queensland Government

Healthy Hearing Program  
同意书

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. 听力筛查**

我了解所有新生儿都应接受听力筛查, 以检查其是否有听力问题。

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

**B. 是否有任何风险?**

我了解在此过程中并不会对新生儿造成已知风险, 然而:

- 有可能的是听力筛查结果可能显示新生儿无听力损失, 但实际上可能患有听力损失。
- 儿童仍可能在此后患上听力损失。因此, 父母务必要持续监控其孩子的听力。

我了解如果我不同意让孩子接受听力筛查, 可能会在后期才发现听力损失的状况。迟发现可能意味着我的孩子可能会经历语言发展迟缓问题。

**C. 家长同意或拒绝**

我确认:

- 我已阅读或已有人向我解释了本手册“您孩子的听力筛查”, ..... 也向我解释了昆士兰州的健康听力计划。  
(医院员工姓名)
- 我已提出关于此项筛查的步骤和风险的疑问和顾虑, 经讨论, 我已获得满意的回答。
- 我了解如筛查结果发现我的孩子需接受进一步测试, 可能会告知我的家庭医生、儿童健康护士、儿科医生、听力师、家庭支持协助员和健康听力计划人员等健康专业人士。健康听力计划的相关人员也可能会联系我。

我也了解:

- 筛查的结果将录入数据库中, 有助于跟进需进行后续测试或治疗的新生儿。该数据库也可用于监控健康听力计划。
- 数据库内的信息可用作研究目的, 但是姓名将不会出现在任何报告或发布的信息中。
- 若临床评估表明我的孩子不应接受筛查, 孩子将转诊至听力科进行诊断评估。

基于上述声明:

- 筛查  我同意让我的孩子接受听力筛查。  
 我不同意让我的孩子接受听力筛查。  
 筛查的临床排除  我同意在未进行筛查的情况下, 让我的孩子转诊至听力科。  
 我不同意在未进行筛查的情况下, 让我的孩子转诊至听力科。

家长姓名 (正楷)

签名:

日期:

Form fields for parent name, signature, and date.

**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:

Form fields for staff name, signature, and 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:

Form fields for interpreter name, signature, and date.

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v6.00 - 04/2019  
Mat. No.: 10188212



SW011

HEALTHY HEARING PROGRAM - 同意书