



Queensland Government

Healthy Hearing Program
 رضایت نامه

Facility:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

الف. غربالگری شنوایی

من درک می کنم که غربالگری شنوایی برای تمام نوزادان باید انجام شود تا مشکلات شنوایی احتمالی آنان مشخص شود.

ب. آیا خطراتی وجود دارد؟

من درک می کنم که در این عمل خطر آسیب شناخته شده ای برای کودک وجود ندارد، ولی:

- به احتمال کمی ممکن است غربالگری شنوایی نشان دهد که هیچگونه کم شنوایی وجود ندارد در حالی که کم شنوایی واقعا وجود داشته باشد .
- هنوز ممکن است که یک کودک بعدا کم شنوا شود. بنابراین مهم است که والدین شنوایی کودک خود را همواره زیر نظر داشته باشند.
- من درک می کنم که اگر با غربالگری شنوایی کودک خود موافقت نکنم، کم شنوایی او تا مرحله دیرتری شناسایی نخواهد شد. معنای شناسایی دیرترممکن است این باشد که تکامل زبانی کودک من با تاخیر انجام شود.

پ. رضایت یا مخالفت والدین

من تایید می کنم که:

- من بروشور " غربالگری شنوایی کودک شما " را خوانده ام و یا کسی آن را برای من توضیح داده است، و برنامه شنوایی سالم وزارت بهداشت کویینزلند برای من توضیح داده شده است .

(نام کارمند بیمارستان)

- من می توانستم در باره این عمل و خطرات آن پرسش کرده و نگرانی هایم را مطرح کنم. پرسش ها و نگرانی های من مورد بحث قرار گرفتند و به آنها پاسخ رضایت بخش دادم
- من درک می کنم هرگاه معلوم شود که کودک من به آزمون های بیشتری نیاز دارد، ممکن است نتایج آزمون به کارشناسان تدرستی مثل دکتر خانوادگی من، پرستار سلامت کودک، متخصص کودکان، شنوایی سنج، تسهیلگر پشتیبانی خانواده و کارمندان برنامه شنوایی سالم اطلاع داده شود و کارمندان برنامه شنوایی سالم ممکن است با من تماس بگیرند.

من همچنین درک می کنم که:

- نتایج غربالگری در یک پایگاه اطلاعاتی ثبت خواهد شد که از آن در پیگیری درمانی کودکانی که به آزمون و یا درمان بیشتری نیاز دارند استفاده شود. این پایگاه اطلاعات نظارت بر برنامه شنوایی سالم را نیز میسر می سازد
- داده های این پایگاه اطلاعات ممکن است برای اهداف پژوهشی بکار رود ولی در هیچیک از گزارش ها و یا اطلاعات منتشرشده اسم افراد وجود نخواهد داشت
- اگر ارزیابی درمانگاهی نشان دهد که کودک من نباید غربالگری شود آنها او را برای ارزیابی تشخیصی به شنوایی سنج ارجاع خواهند داد

بر اساس اظهاریه های بالا:

- غربالگری رضایت می دهم که کودک من غربالگری شنوایی شود
- خروج بالینی از غربالگری رضایت نمی دهم که کودک من غربالگری شنوایی شود
- خروج بالینی از غربالگری رضایت می دهم که کودکم بدون انجام غربالگری به شنوایی سنج ارجاع داده شود
- خروج بالینی از غربالگری رضایت نمی دهم که کودکم بدون انجام غربالگری به شنوایی سنج ارجاع داده شود

اسم پدر/مادر (لطفا بنویسید):

امضاء:

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:

