



Queensland
Government

Healthy Hearing Program
Συγκατάθεση

Facility:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. Η εξέταση ακοής

Καταλαβαίνω ότι όλα τα νεογέννητα μωρά πρέπει να έχουν μια εξέταση ακοής για να ελεγχθεί εάν το μωρό μπορεί να έχει πρόβλημα ακοής.

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

B. Υπάρχουν κάποιοι κίνδυνοι;

Καταλαβαίνω ότι δεν υπάρχουν γνωστοί κίνδυνοι τραυματισμού του μωρού σε αυτή τη διαδικασία, αλλά:

- Υπάρχει μια μικρή πιθανότητα ότι η εξέταση ακοής μπορεί να δείξει ότι δεν υπάρχει απώλεια ακοής, όπου στην πραγματικότητα μπορεί να υπάρχει απώλεια ακοής.
- Ένα παιδί θα μπορούσε ακόμα να αναπτύξει απώλεια ακοής αργότερα στη ζωή. Επομένως, είναι σημαντικό οι γονείς να συνεχίσουν να παρακολουθούν την ακοή του μωρού τους.

Καταλαβαίνω ότι αν δεν δώσω τη συγκατάθεσή μου για το παιδί μου να έχει την εξέταση ακοής, η απώλεια ακοής μπορεί να μην εντοπιστεί μέχρι αργότερα. Αργότερη ανίχνευση μπορεί να σημαίνει ότι το παιδί μου θα μπορούσε να αντιμετωπίσει καθυστερημένη ανάπτυξη γλώσσας.

C. Γονική συγκατάθεση ή απόρριψη

Αναγνωρίζω ότι:

- Έχω διαβάσει ή μου έχει εξηγηθεί το φυλλάδιο – «Εξέταση ακοής του μωρού σας», και μου εξηγήθηκε το Πρόγραμμα Υγιούς Ακοής της Κουηνσλάνδης.
(όνομα του υπαλλήλου του νοσοκομείου)
- Ήμουν σε θέση να κάνω ερωτήσεις και να εκφράσω ανησυχίες σχετικά με τη διαδικασία και τους κινδύνους της. Οι ερωτήσεις και οι ανησυχίες μου έχουν συζητηθεί και απαντηθεί ικανοποιητικά.
- Κατανοώ ότι όπου αναφέρεται ότι το παιδί μου χρειάζεται περαιτέρω εξετάσεις, οι επαγγελματίες υγείας όπως ο γενικός ιατρός μου, η Νοσοκόμα μου Παιδικής Υγείας, ο Παιδίατρος μου, ο Ακουολόγος μου, ο Διακανονιστής Υποστήριξης Οικογενείας και το προσωπικό του προγράμματος Υγιούς Ακοής μπορεί να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα και το προσωπικό που σχετίζεται με το Πρόγραμμα Υγιούς Ακοής μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου.

Καταλαβαίνω επίσης ότι:

- Τα αποτελέσματα της εξέτασης θα καταγραφούν σε μια βάση δεδομένων που βοηθά στην παρακολούθηση των παιδιών που χρειάζονται περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπεία. Η βάση δεδομένων επιτρέπει επίσης την παρακολούθηση του Προγράμματος Υγιούς Ακοής.
- Οι πληροφορίες από τη βάση δεδομένων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς σκοπούς, αλλά τα ονόματα δεν θα χρησιμοποιούνται σε εκθέσεις ή δημοσιευμένες πληροφορίες.
- Εάν η κλινική αξιολόγηση υποδεικνύει ότι το παιδί μου δεν θα πρέπει να εξεταστεί, τότε θα παραπεμφθεί σε Ακουολόγο για διαγνωστική αξιολόγηση.

Με βάση τις παραπάνω δηλώσεις:

- Εξέταση Δίνω τη συγκατάθεση μου για το μωρό μου να έχει την εξέταση ακοής.
- ΔΕΝ ΔΙΝΩ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΜΟΥ** για το μωρό μου να έχει την εξέταση ακοής.
- Κλινικός αποκλεισμός για εξέταση Συμφωνώ όπως το μωρό μου να παραπεμφθεί σε Ακουολόγο, χωρίς εξέταση.
- ΔΕΝ ΣΥΜΦΩΝΩ** όπως το μωρό μου να παραπεμφθεί σε Ακουολόγο, χωρίς εξέταση.

Όνομα γονέως (παρακαλούμε γράψτε με κεφαλαία): Υπογραφή: Ημερομηνία:

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 I have given a translation in of
 If yes, is a qualified Interpreter present? Yes No the consent form and any verbal and written information
 Is a Cultural Support Person present? Yes No 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 - ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ