



Queensland
Government

Healthy Hearing Program
رضامندی

Facility:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

الف. قوت سماعت کی چھان بین

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ تمام نوزائیدہ بچوں کی قوت سماعت کی چھان بین ہونی چاہیے یہ چیک کرنے کے لیے کہ بچے کو سننے میں کوئی مسئلہ تو نہیں ہے۔

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

ب. کیا کسی قسم کا خطرہ ہوتا ہے؟

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس عمل میں بچے کے لیے کوئی معلوم خطرہ نہیں ہے، لیکن:

- اس بات کا تھوڑا سا امکان ہے کہ قوت سماعت کی چھان بین سے یہ ظاہر ہو کہ سماعت میں کمی نہ ہے جبکہ درحقیقت سماعت میں کمی موجود ہو۔
- کسی بچے کی قوت سماعت میں زندگی کے دوران بعد میں کمی نمودار ہو سکتی ہے۔ اس لیے یہ بات والدین کے لیے اہم ہے کہ بچے کی سماعت کی نگرانی جاری رکھیں۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر میں نے بچے کی قوت سماعت کی چھان بین کے لیے رضامندی نہ دی تو قوت سماعت میں کمی بعد کے درجے میں پہنچنے سے پہلے معلوم نہ ہوائے۔ بعد میں سراغ لگانے کا مطلب یہ ہے کہ میرے بچے کی لسانی نشوونامی میں تاخیر ہو سکتی ہے۔

سوالدین کی رضامندی یا انکار

میں تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ:

- میں نے بروشر کو پڑھ لیا ہے یا اس کے بارے میں مجھے وضاحت سے بتایا گیا ہے۔ "آپ کے بچے کی قوت سماعت کی چھان بین"، اور کوئینزلینڈ کے صحت مند سماعت کے پروگرام کے بارے میں مجھے وضاحت سے بتایا گیا ہے۔

(ہسپتال سٹاف ممبر کا نام)

- میں سوالات پوچھنے اور اس عمل اور اس کے خطرات کے بارے میں خدشات کا اظہار کرنے کے قابل تھا/تھی۔ میرے سوالات اور خدشات پر بحث کی گئی ہے اور مجھے تسلی بخش جوابات دینے گئے ہیں۔
- میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ جہاں یہ اشارہ دیا گیا ہے کہ میرے بچے کو مزید چھان بین کی ضرورت ہے، تو ممکن ہے کہ نتائج کے بارے میں صحت کے ماہرین جیسا کہ میرا جی پی، بچے کی صحت کی نرس، ماہر امراض اطفال، ماہر قوت سماعت، فیملی سپورٹ سہولت کنندہ اور صحت مند قوت سماعت کے پروگرام کے عملے کو مطلع کیا جائے اور صحت مند قوت سماعت کے پروگرام سے منسلک عملہ مجھ سے رابطہ کرے۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ:

- اس چھان بین کے نتائج کو ایک ڈیٹا بیس پر ریکارڈ کیا جائیگا جس سے ان بچوں کی خبر رکھنے میں مدد ملتی ہے جنہیں مزید ڈیٹا بیس یا علاج کی ضرورت ہو۔ اس ڈیٹا بیس کی مدد سے صحت مند قوت سماعت کے پروگرام کی نگرانی بھی ممکن ہے۔
- ڈیٹا بیس کی معلومات کو تحقیقی مقاصد کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے لیکن ناموں کو کسی رپورٹ یا شائع کردہ معلومات میں استعمال نہیں کیا جائیگا۔
- اگر کلینیکل تشخیص سے ظاہر ہوتا ہے کہ میرے بچے کو سکرین نہیں کرنا چاہیے تو انہیں مرض کی تشخیص کے لیے آڈیالوجی میں بھیجا جائیگا۔

مندرجہ بالا بیانات کی بنیاد پر:

- چھان بین کرنا
- چھان بین سے مستثنیٰ علاج
- میں رضامند ہوں کہ میرے بچے کی سماعت کی چھان بین کی جائے۔
- میں رضامند نہیں ہوں کہ میرے بچے کی سماعت کی چھان بین کی جائے۔
- میں رضامند ہوں کہ میرے بچے کو شعبہ سماعت میں بھیج دیا جائے، بغیر چھان بین کے۔
- میں رضامند نہیں ہوں کہ میرے بچے کو شعبہ سماعت میں بھیج دیا جائے، بغیر چھان بین کے۔

والدین کا نام (مہربانی کر کے لکھیں):

دستخط:

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:

--	--	--

