© State of Queensland (Queensland Health) 2019
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/au/deed.en
လတ်တလော်ရှိနေသော်လည်း အတော်များများသည်ပါဝင်ပေ။- lp_officer@health.qld.gov.au
ဆဲးကျိုးဘာ့- Healthy_Hearing@health.qld.gov.au

Queensland Government

Healthy Hearing Program

တၢ်ဟ့ၢ်တၢ်ပျဲ

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth: Sex: ☐ M ☐ F ☐ I

BABY'S LABEL

က.တၢ်နၢ်ဟူအတၢ်မၤကွၢ်

ယနၢ်ပၢ်ယဲဒၢ်လၢဖိသဉ်ဆီးအိၢ်ဖျၢ်သီခဲလၢ်ကြၢးမၤနၢ်တၢ်နၢ်ဟူအတၢ်မၤကွၢ် တခါလၢတၢ်ကသမံသမီးမ့ၢ်ဖိသဉ်အံၤဘၢ်တဘၢ်ကအိၢ်ဒီးတၢ်နၢ်ဟူအတၢ် ဂ့ၢ်ကိတခါဒိန့ၢ်လီၤ.

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

MOTHER'S LABEL

ခ.မ့ၢ်တၢ်လီၤပျံၤလီၤဘၢ်ယိၢ်အိၢ်တခါခါဒိန့ၢ်လီၤ.

ယနၢ်ပၢ်ယဲဒၢ်လၢတၢ်လီၤပျံၤလၢတၢ်သ့ၢ်ညါဟ်လံအီၤအမ့ၢ်တၢ်ဘၢ်ဒိဘၢ်ထံးဝဲဒၢ်ဖိသဉ် လၢတၢ်မၤကွၢ်တခါအံၤအပူၤတအိၢ်ဘၢ်,သနၢ်က့-

-တၢ်အိၢ်သးလၢအဆံးတခါအိၢ်ဝဲဒၢ်လၢတၢ်နၢ်ဟူအတၢ်မၤကွၢ်ကဒုးနဲၢ်ဝဲဒၢ်ဖိသဉ်အံၤအတၢ်နၢ်ဟူဂ့ၤဘၢ်ဆဉ်နီၢ်နီၢ်နန့ၢ်တၢ်နၢ်ဟူအတၢ်ဂ့ၢ်ကိအိၢ်ဒီးဖိသဉ်လီၤ.
-ဖိသဉ်တဂၤအံၤဒိၢ်ထိၢ်ဒီးတၢ်တနၢ်ဟူလၢအတၢ်အိၢ်မူလၢခံလၢသ့ဝဲဒၢ်နန့ၢ်လီၤ.

လၢတၢ်နန့ၢ်အယိအရ့ဒိၢ်ဝဲဒၢ်လၢမိၢ်ပၢ်တဖၢ်ကွၢ်ဟုဉ်ကွၢ်စုဉ်အဖိဆံးတဖၢ်အတၢ်နၢ်ဟူအတၢ်ဂ့ၢ်အံၤဆူညါနန့ၢ်လီၤ.ယနၢ်ပၢ်ယဲဒၢ်လၢဖဲယမ့ၢ်တဟ့ၢ်တၢ်ပျဲလၢယဖိအဂီၢ်လၢတၢ်ကမနၢ်တၢ်နၢ်ဟူအတၢ်မၤကွၢ်ဘၢ်အ ခါနန့ၢ်,တၢ်တနၢ်ဟူတၢ်ဘၢ်တဘၢ်တၢ်သ့ၢ်ညါအီၤတသ့ဝ်တုၤလၢခံနန့ၢ်လီၤ.တၢ်သ့ၢ်ညါလၢခံဘၢ်တဘၢ်အခီပညီနန့ၢ်ယဖိအံၤကအိၢ်ဒီးကျိၢ်ဂ့ၢ်ဝိအတၢ်ဒိၢ်ထိၢ်ထိထိၢ်စဲၤခံဘၢ်အသးနန့ၢ်လီၤ.

ဂ.မိၢ်ပၢ်ဟ့ၢ်တၢ်ပျဲမ့တမ့ၢ်သမၢ

ယတဲ့ဒုးသ့ၢ်ညါယဲဒၢ်လၢ-

- ယဖးဘၢ်လံမ့တမ့ၢ်ယဘၢ်တၢ်ရ့ၢ်ပုးလံယၤဒီးလံာ်ဒုးသ့ၢ်ညါလၢအမ့ၢ်-ယဖိအဂီၢ်တၢ်နၢ်ဟူအတၢ်မၤကွၢ်,ဒီးတၢ်ရ့ၢ်ပုးယၤဒီးနွစလဲန် ..... တၢ်နၢ်ဟူလၢအပှဲၤတၢ်အိၢ်ဆူဉ်အိၢ်ချအတၢ်ရ့ၢ်တၢ်ကျဲၤအံၤနန့ၢ်လီၤ.
  (တၢ်ဆါဟ်ဉ်အတၢ်မၤဖိအမံၤ)
- ယနန့ၢ်ခ္ဆဲးယာ်လၢယကသံကွၢ်တၢ်သံကွၢ်တဖၢ်ဒီးဟ်ဖျါထိဉ်ယတၢ်ဘဉ်ယိဉ်တဖၢ်လၢအဘဉ်ယးဒီးတၢ်မၤကွၢ်အကျိၤအကွၢ်ဒီးအတၢ်လီၤပျံၤတဖၢ်နန့ၢ်လီၤ.ယတၢ်သံကွၢ်တဖၢ်ဒီးတၢ်ဘဉ်ယိဉ်တဖၢ်တၢ်တဲ့သကိးတ့ၢ်လံ အီၤဒီးတၢ်စံးဆၢအီၤတုၤလၢယသးမံတစုလီၤ.
- ယနၢ်ပၢ်ယဲဒၢ်လၢယတၢ်နဲ့ဉ်ဖျါမ့ၢ်အိၢ်ဝဲဒၢ်လၢယဖိမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤကွၢ်ဆူညါနန့ၢ်,တၢ်အိၢ်ဆူဉ်အိၢ်ချအပှၤစဲဉ်နီၤဒ်သိးဒီးယဟ်ဉ်ဖိယိဖိအကသံဉ်သရ့ၢ်,ဖိသဉ်အတၢ်အိၢ်ဆူဉ်အိၢ်ချအသရ့ၢ်သရ့ၢ်မှဉ်ကွၢ်ပှၤဆါ, ဖိသဉ်တၢ်ဆူးတၢ်ဆါအကသံဉ်သရ့ၢ်စဉ်နီၤ,တၢ်နၢ်ဟူဂ့ၢ်ဝိကသံဉ်သရ့ၢ်,ပှၤရဲၢ်ကျဲၤပၢဆှၢတၢ်လၢအဆီဉ်ထွဲဟ်ဉ်ဖိယိဖိကဒုးသ့ၢ်ညါယၤဒီးအစၢတဖၢ်ဒီးယကဘဉ်တၢ်ဆဲးကျိးယၤဒီဖျိပှၤမၤတၢ်ဖိလၢအဘဉ်ထွဲဘဉ်ယးဝဲ ဒၢ်ဒီးတၢ်နၢ်ဟူတၢ်လၢအပှဲၤတၢ်အိၢ်ဆူဉ်အိၢ်ချအတၢ်ရ့ၢ်တၢ်ကျဲၤနန့ၢ်လီၤ.

ယနၢ်ပၢ်စ့ၢ်ကိးဝဲဒၢ်လၢ-

- တၢ်မၤကွၢ်အစၢတဖၢ်ကဘဉ်တၢ်မၤနီဉ်မၤယါအီၤလၢတၢ်ထၢဖြဉ်တၢ်ဂ့ၢ်ခ့ၢ်တၤဘ့ၢ်စ်အပူၤလၢအကမၤစၢၤတၢ်လၢတၢ်လူၤဝိဉ်ထွဲဖိသဉ်ဆံးတဖၢ်လၢအလိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤကွၢ်ဆူညါမ့တမ့ၢ်လၢတၢ်ကူစါယါဘျါတဖၢ်အဂီၢ်နန့ၢ်လီၤ. တၢ်ထၢဖြဉ်တၢ်ဂ့ၢ်ခ့ၢ်တၤဘ့ၢ်စ်အံၤကပျဲစ့ၢ်ကီးတၢ်ကကွၢ်ဟုဉ်ကွၢ်စုဉ်တၢ်နၢ်ဟူတၢ်လၢအပှဲၤတၢ်အိၢ်ဆူဉ်အိၢ်ချအတၢ်ရ့ၢ်တၢ်ကျဲၤအဂီၢ်နန့ၢ်လီၤ.
- တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢတၢ်ထၢဖြဉ်တၢ်ဂ့ၢ်ခ့ၢ်တၤဘ့ၢ်စ်အံၤတၢ်ကသူအီၤလၢတၢ်ယုသ့ၢ်ညါမၤလိအတၢ်ပညိဉ်တဖၢ်အဂီၢ်သနၢ်က့တၢ်တသူဝဲဒၢ်မံၤတဖၢ်လၢတၢ်ဟ်ဖျါမ့တမ့ၢ်တၢ်စဲးကျုးထုးထိဉ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤနီတခါအပူၤ နန့ၢ်ဘဉ်.
- ဖဲတၢ်ဆူးတၢ်ဆါအတၢ်သမံသမီးမၤကွၢ်ဒုးနဲ့ဉ်ဝဲဒၢ်လၢယဖိအံၤတၢ်ကြၢးမၤကွၢ်အီၤတခီအဝဲသ့ၢ်ကဆှၢယီၤဖိသဉ်ဆူတၢ်နၢ်ဟူအသရ့ၢ်အအိၢ်လၢတၢ်ယုသ့ၢ်ညါတၢ်ဆူးတၢ်ဆါအတၢ်သမံသမီးအဂီၢ်နန့ၢ်လီၤ.

လၢတၢ်ဟ်ဖျါလၢထးတဖၢ်အဂ့ၢ်အခၢးအဖိခ်ိ-

တၢ်မၤကွၢ် ☐ ယဟ့ၢ်ဝဲဒၢ်တၢ်ပျဲလၢယဖိဆံးကမၤနၢ်တၢ်နၢ်ဟူအတၢ်မၤကွၢ်နန့ၢ်လီၤ.
☐ ယတဟ့ၢ်တၢ်ပျဲလၢယဖိဆံးကမၤနၢ်တၢ်နၢ်ဟူအတၢ်မၤကွၢ်ဘၢ်နန့ၢ်လီၤ.

တၢ်တဒုးဟ်ယုဉ်လၢတၢ်ယုထံဉ်သ့ၢ်ညါတၢ်ဆူးတၢ်ဆါအဂီၢ်တၢ်မၤကွၢ် ☐ ယဟ့ၢ်တၢ်ပျဲလၢယဖိဆံးအံၤကဘဉ်တၢ်ဆှၢယီၤအီၤဆူတၢ်နၢ်ဟူဂ့ၢ်ဝိအသရ့ၢ်အအိၢ်လၢတအိၢ်ဒီးတၢ်မၤကွၢ်ဘၢ်နန့ၢ်လီၤ.
☐ ယတဟ့ၢ်တၢ်ပျဲလၢယဖိဆံးအံၤကဘဉ်တၢ်ဆှၢယီၤအီၤဆူတၢ်နၢ်ဟူဂ့ၢ်ဝိအသရ့ၢ်အအိၢ်လၢတအိၢ်ဒီးတၢ်မၤကွၢ်နန့ၢ်ဘဉ်.

မိၢ်ပၢ်အမံၤ(ဝံသးစူးကွဲးလီၤ)- | စုဆဲးပနီၢ်- | မ့ၢ်နံၤ

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:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

HEALTHY HEARING PROGRAM - တၢ်ဟ့ၢ်တၢ်ပျဲ

v6.00 - 04/2019
Mat. No.: 10188212
SW011