



Queensland  
Government

Healthy Hearing Program

ਸਹਿਮਤੀ

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**ੳ. ਸੁਣਨ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ**

ਮੈਂ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਾਰੇ ਨਵੇਂ ਜਨਮੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਇਹ ਜਾਂਚ ਲਈ ਸੁਣਨ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਸੁਣਨ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

**ਅ. ਕੀ ਇਸ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਖਤਰੇ ਹਨ?**

ਮੈਂ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਬੱਚੇ ਦੇ ਇਸ ਪਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਜ਼ਖਮੀ ਹੋਣ ਦੇ ਕੋਈ ਜਾਣੂ ਖਤਰੇ ਨਹੀਂ ਹਨ ਪਰ:

- ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਮੌਕਾ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਸੁਣਨ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ ਸ਼ਾਇਦ ਇਹ ਵਿਖਾਵੇ ਕਿ ਕੋਈ ਬੋਲਾਪਨ ਨਹੀਂ ਹੈ ਪਰ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਇਦ ਬੋਲਾਪਨ ਹੋਵੇ।
- ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਬੋਲੇਪਨ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਾਸਤੇ ਮਾਪਿਆਂ ਲਈ ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਲਗਾਤਾਰ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ, ਬੋਲੇਪਨ ਦਾ ਪਤਾ ਬਾਅਦ ਵਾਲੀ ਅਵਸਥਾ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਲੱਗੇਗਾ। ਦੋਰ ਨਾਲ ਪਤਾ ਲੱਗਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਦਾ ਤਜਰਬਾ ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਹੋਵੇ।

**ੲ. ਮਾਪਿਆਂ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਜਾਂ ਨਾਂਹ**

ਮੈਂ ਇਹ ਕਬੂਲਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ "ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ" ਵਾਲਾ ਕਿਤਾਬਚਾ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਕੁਈਜ਼ਲੈਂਡ ਹੈਲਥੀ ਹੀਅਰਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਾਰੇ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।  
 (ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀ ਦਾ ਨਾਮ)
- ਪਰਕਿਰਿਆ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਖਤਰਿਆਂ ਬਾਰੇ ਮੈਂ ਸਵਾਲ ਪੁੱਛਣ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਸੀ। ਮੇਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਦੇ ਮੇਰੀ ਤਸੱਲੀ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਚਾਰੇ ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਅਗਲੇਰੀ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਸਿਹਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਡਾਕਟਰ, ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਨਰਸ, ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ, ਐਂਡੀਓਲੋਜਿਸਟ, ਪਰਵਾਰ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਲਾ ਸੰਚਾਲਕ ਅਤੇ ਹੈਲਥੀ ਹੀਅਰਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਨਤੀਜਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਹੈਲਥੀ ਹੀਅਰਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:
  - ਜਿਹੜੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਅਗਲੇਰੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਅੱਗੇ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਛਾਣਬੀਣ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨੂੰ ਅੰਕੜਾ ਕੇਸ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਅੰਕੜਾ ਕੇਸ ਹੈਲਥੀ ਹੀਅਰਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਨ ਦੀ ਵੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।
  - ਅੰਕੜਾ ਕੇਸ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਖੋਜ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਵਾਸਤੇ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਿਪੋਰਟ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਨਾਂਵਾਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।
  - ਜੇਕਰ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੱਸਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਤਾਂ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਲੱਛਣਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਵਾਲੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਵਾਸਤੇ ਐਂਡੀਓਲੋਜੀ ਕੋਲ ਭੇਜਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

ਉਪਰ ਲਿਖੇ ਬਿਆਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ:

- ਛਾਣਬੀਣ  ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।  
 ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।
- ਛਾਣਬੀਣ ਤੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਛੇਟ  ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਛਾਣਬੀਣ ਕੀਤੇ ਐਂਡੀਓਲੋਜੀ ਕੋਲ ਭੇਜਣ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।  
 ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬਿਨਾਂ ਛਾਣਬੀਣ ਕੀਤੇ ਐਂਡੀਓਲੋਜੀ ਕੋਲ ਭੇਜਣ ਵਾਸਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਮਾਪਿਆਂ ਦਾ ਨਾਮ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਿਖੋ):

ਦਸਤਖਤ:

ਤਰੀਕ:

--	--	--

**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

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



SW011

HEALTHY HEARING PROGRAM - ਸਹਿਮਤੀ