



Queensland  
Government

## Healthy Hearing Program

### استمارة الموافقة

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

#### أ. فحص السمع

أدرك بأنه يجب على جميع الأطفال حديثي الولادة الخضوع لفحص  
لسمعهم للتحقق مما إذا كان الطفل يعاني من مشاكل في السمع

#### ب. هل هناك أي مخاطر؟

أدرك بأنه لا توجد مخاطر معروفة تتعلق بتعرض الطفل للضرر  
خلال هذا الإجراء، ومع ذلك

- هناك احتمال ضئيل أن يُظهر فحص السمع عن عدم وجود أي فقدان للسمع إلا أن الطفل في الواقع مصاب بفقدان السمع.
- لا زال من الممكن أن يصاب الطفل بفقدان السمع في وقت لاحق من الحياة، لذلك من المهم أن يستمر الوالدان في مراقبة سمع طفلهم.
- أدرك بأنه في حال لم أوافق على أن يُجري طفلي فحصاً للسمع، فقد لا يتم اكتشاف إصابته بفقدان السمع إلا في مرحلة لاحقة. والكشف اللاحق قد يعني بأن طفلي قد يعاني من تأخر نموه اللغوي

#### ج. موافقة الوالدة) أو رفضها

أقر بأنني:

- قد قرأت الكتيب - "فحص سمع طفلكم" أو بأنه قد تم شرح محتوياته لي، وقد أوضح لي ذلك ماهية برنامج السمع الصحي في كوينزلاند.  
(اسم موظف المستشفى)

- تمكنت من طرح الأسئلة وإثارة مخاوفي بشأن الإجراء ومخاطره. وقد تمت مناقشة أسئلتني ومخاوفي والإجابة عليها بما يرضيني.
- أدرك بأنه عندما تتم الإشارة إلى أن طفلي بحاجة لمزيد من الاختبارات، فقد يتم إعلام المهنيين الصحيين مثل طبيبي العام وممرض صحة الطفل وطبيب الأطفال وأخصائي السمع وميسر الدعم الأسري والموظفين في برنامج السمع الصحي بالنتائج وقد يقوم الموظفون المعنيون ببرنامج السمع الصحي بالاتصال بي

أدرك أيضاً ما يلي:

- سيتم تسجيل نتائج الفحص في قاعدة للبيانات مما يساعد في متابعة الأطفال الذين يحتاجون لمزيد من الاختبارات أو العلاج. تسمح قاعدة البيانات أيضاً بالإشراف على برنامج السمع الصحي
- من الممكن استخدام المعلومات الواردة في قاعدة البيانات لأغراض البحوث ولكن لن يتم استخدام الأسماء في أي تقارير أو معلومات منشورة
- إذا أشار التقييم السريري إلى أنه لا يجب على طفلي الخضوع للفحص، ستتم عندها إحالته إلى قسم السمعيات للحصول على تقييم تشخيصي

بناء على المعلومات المذكورة أعلاه:

- الفحص  أوافق على خضوع طفلي لفحص سمعه.
- لا أوافق على خضوع طفلي لفحص سمعه.
- الاستبعاد السريري للفحص  أوافق على إحالة طفلي إلى قسم السمعيات من دون إجراء الفحص.
- لا أوافق على إحالة طفلي إلى قسم السمعيات من دون إجراء الفحص.

اسم الوالدة) (يرجى الكتابة بالأحرف الكبيرة):

التوقيع:

التاريخ:

--	--	--

#### 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:

--	--	--

