



Queensland Government

Healthy Hearing Program

ការផ្តល់ការយល់ព្រម

Facility:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

ក. ការធ្វើតេស្តត្រចៀកសាមញ្ញ

ខ្ញុំយល់ហើយថា គ្រប់ទារកទាំងអស់គ្នាធ្វើតេស្តត្រចៀកសាមញ្ញដើម្បីឲ្យដឹងថាមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ឬគ្មាន។

ខ. តើមានហានិភ័យអ្វីទេ ?

ខ្ញុំយល់ហើយថា តាមគេដឹង ពុំមានហានិភ័យដែលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ទារកនៅក្នុងការធ្វើតេស្តនេះទេ ប៉ុន្តែ :

- មានភាគរយតិចតួចដែលនឹងរងការធ្វើតេស្តត្រចៀកសាមញ្ញនេះប្រាប់ថាគ្មានបញ្ហា ប៉ុន្តែតាមពិតមាន។
- ក្នុងជីវិតរបស់កុមារទៅថ្ងៃក្រោយ កុមារអាចកើតមានបញ្ហាបាក់បង់លទ្ធភាពស្តាប់។

ដូច្នេះជាការសំខាន់ដែលមាតាបិតាត្រូវបន្តតាមដានស្ថានភាពនៃការស្តាប់ត្រចៀករបស់កូន។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំមិនផ្តល់ការយល់ព្រមឲ្យធ្វើតេស្តត្រចៀកសាមញ្ញកូនខ្ញុំទេ គេអាចមិនដឹងថាមានបញ្ហាបាក់បង់លទ្ធភាពស្តាប់រហូតទាល់តែដល់ថ្ងៃណាមួយក្រោយទៀត។ ការរកឃើញនៅថ្ងៃក្រោយ អាចធ្វើឲ្យការលូតលាស់របស់កូនមានការយឺតយ៉ាវ។

គ. ឪពុកម្តាយយល់ព្រម ឬ បដិសេធ

ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា :

- ខ្ញុំបានអានឬមានគេពន្យល់ប្រាប់អំពីកូនសៀវភៅ - "ការធ្វើតេស្តត្រចៀកសាមញ្ញរបស់ទារកម្នាក់" ហើយពន្យល់ប្រាប់ខ្ញុំអំពីកម្មវិធីត្រចៀកមានសុខភាពល្អរបស់រដ្ឋឃ្លីនិកស៊ីនេន។

(ឈ្មោះបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ)

- ខ្ញុំអាចសួរសំនួរនិងលើកឡើងនូវការបញ្ជាក់អំពីការធ្វើតេស្តនេះនិងហានិភ័យរបស់វា។ សំនួរនិងការបញ្ជាក់នានារបស់ខ្ញុំត្រូវបានលើកមកពិភាក្សានិងឆ្លើយដែលធ្វើឲ្យខ្ញុំអស់ចិត្ត។
- ខ្ញុំយល់ថា កន្លែងណាគេចែងថាកូនខ្ញុំត្រូវមានការធ្វើតេស្តថែមទៀត គេអាចបញ្ជូនលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តទាំងឡាយទៅមន្ទីរពេទ្យដូចជាពេទ្យគ្រួសារ គិលានុប្បដ្ឋាកកុមារ វេជ្ជបណ្ឌិតកុមារ អ្នកផ្នែកសោតវិទ្យា អ្នកសម្រួលខាងការផ្តល់ជំនួយដល់គ្រួសារ ហើយនិងបុគ្គលិករបស់កម្មវិធីត្រចៀកមានសុខភាពល្អ ហើយខ្ញុំអាចត្រូវបានបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធនិងកម្មវិធីត្រចៀកមានសុខភាពល្អទាក់ទងមកដើរ។

ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា :

- លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តសាមញ្ញនឹងត្រូវរក្សាក្នុងប្រព័ន្ធឌីជីថលដែលជួយដល់ការលើកឡើងទារកទៅធ្វើតេស្តប្តូរព្យាបាលបន្ថែមទៀត។ ប្រព័ន្ធឌីជីថលនេះក៏បង្កឲ្យគេអាចតាមពិនិត្យមើលកម្មវិធីត្រចៀកមានសុខភាពល្អបាន។
- គេអាចយកព័ត៌មានអំពីប្រព័ន្ធឌីជីថលប្រើក្នុងការធ្វើពិសោធន៍នានា ប៉ុន្តែពុំមានយកឈ្មោះបុគ្គលដាក់ក្នុងរបាយការណ៍ណាមួយរដ្ឋព្រះរាជាណាចក្រឡើយ។
- ប្រសិនបើកូនរបស់ខ្ញុំត្រូវបានពិនិត្យតាមវេជ្ជសាស្ត្រឃើញថាមិនគួរធ្វើតេស្តសាមញ្ញទេ ពេលនោះកូនខ្ញុំនឹងត្រូវគេបញ្ជូនឈ្មោះទៅផ្នែកសោតវិទ្យាដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ។

ផ្អែកទៅលើសេចក្តីរៀបរាប់ខាងលើ :

- ការធ្វើតេស្តសាមញ្ញ ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យធ្វើតេស្តត្រចៀកសាមញ្ញទារកខ្ញុំ។
- ខ្ញុំមិនយល់ព្រមឲ្យធ្វើតេស្តត្រចៀកសាមញ្ញទារកខ្ញុំទេ។
- ការបដិសេធមិនធ្វើតេស្តសាមញ្ញ ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យគេបញ្ជូនឈ្មោះទារកខ្ញុំទៅផ្នែកសោតវិទ្យា ដោយពុំមានធ្វើតេស្តសាមញ្ញ។
- ខ្ញុំមិនយល់ព្រមឲ្យគេបញ្ជូនឈ្មោះទារកខ្ញុំទៅផ្នែកសោតវិទ្យាទេ ដោយពុំមានធ្វើតេស្តសាមញ្ញ។

ឈ្មោះម្តាយឪពុក (សូមសរសេរអក្សរធំ): ហត្ថលេខា ថ្ងៃទី

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 the consent form and any verbal and written information given to the parent by the hospital staff member.

If yes, is a qualified Interpreter present? Yes No

Is a Cultural Support Person present? Yes No

Interpreter name (please print): Signature: Date:

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

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



SW011

HEALTHY HEARING PROGRAM - កម្មវិធីត្រចៀកសាមញ្ញមានសុខភាពល្អ