



SW011



Queensland Government

**Healthy Hearing Program  
 Ruhusa**

Facility: .....

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**A. Kipimo cha kusikia**

Ninaelewa kwamba watoto wote wachanga wanapaswa kufanyiwa kipimo cha kusikia kuangalia kama mtoto anaweza kuwa na matatizo ya kusikia.

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

**B. Je kuna hatari yoyote?**

Ninaelewa kuwa hakuna hatari inayojulikana ya kuumia kwa mtoto katika utaratibu huu, lakini:

- Kuna fursa ndogo kwamba kipimo cha kusikia kinaweza kuonyesha kwamba hakuna tatizo la kusikia wakati ambapo kunaweza kuwa tatizo kusikia.
- Mtoto anaweza bado kuendelea kupoteza kusikia baadaye katika maisha. Kwa hiyo ni muhimu kwa wazazi kuendelea kufuatilia kusikia kwa mtoto wao.

Ninaelewa kwamba kama sito kibali kwa mtoto wangu kuweza kufanyiwa kipimo cha kusikia, tatizo la kusikia linaweza lisigunduliwe mpaka hatua ya baadaye. Kugundua baadaye kunaweza kumaanisha kwamba mtoto wangu anaweza kucheleva katika maendeleo ya lugha.

**C. Wazazi kutoa ruhusa au kukataa**

**Ninaelewa kwamba:**

- Nimesoma au nimeelezwa brosha - "Kipimo cha kusikia cha mtoto wako", na ..... (jina la mwanachama wa hospitali)

- Niliweza kuuliza maswali na kueleza wasiwasi juu ya utaratibu na hatari zake. Maswali yangu na wasiwasi zangu zimejadiliwa na kujibiwa kwa kuridhika kwangu.
- Ninaelewa kuwa mahali ambapo panaonyesha kuwa mtoto wangu anahitaji kupima zaidi, wataalamu wa afya kama vile GP wangu, Muuguzi wa Afya ya Mtoto, Daktari wa Kusikia, Daktari wa Wanawake, Msaadizi wa Msaada wa Familia na Watumishi wa Mpango wa Usikilizaji wa Afya wanaweza kupewa taarifa kuhusu matokeo na ninaweza kupigiwa na wafanyakazi waliohusishwa na Mpango wa Usikilizaji wa Afya.

**Ninaelewa kwamba:**

- Matokeo ya kipimo yataandikwa kwenye orodha ambayo inasaidia katika kufuatilia watoto ambao wanakuwa wanahitaji kupima au matibabu zaidi. Orodha hiyo pia inaruhusu ufuatiliaji wa Mpango wa Usikilizaji wa Afya.
- Taarifa kutoka kwenye orodhesho hiyo inaweza kutumiika kwa madhumuni ya utafiti lakini majina hayatatumiwa katika ripoti yoyote au taarifa iliyochapishwa.
- Ikiwa tathmini ya kliniki inaonyesha kwamba mtoto wangu haipaswi kuchunguzwa basi watatumwa kwa Mganga wa Kusikia kwa tathmini ya uchunguzi.

**Kwa misingi ya taarifa zilizo hapo juu:**

- Kupimwa  Ntoa ruhusa kwa mtoto wangu kufanyiwa kipimo cha kusikia  
 **SITOI** ruhusa kwa mtoto wangu kufanyiwa kipimo cha kusikia.

- Kupewa msamaha wa kimatibabu  Ninakubaliana na mtoto wangu kupelekwa kwa Mganga wa Kusikia, bila uchunguzi.  
 wa kutopimwa  **SIKUBALIANI** na mtoto wangu kupelekwa kwa Mganga wa Kusikia, bila uchunguzi.

Jina la mzazi (tafadhali andika):

Sahihi:

Tarehe:

--	--	--

**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:

--	--	--