



<p><b>Queensland Government</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Healthy Hearing Program</b> <b>Pagsang-ayon</b></p> <p>Facility: .....</p>	<p>URN:</p> <p>Family name:</p> <p>Given name(s):</p> <p>Address:</p> <p>Date of birth: <span style="float: right;">Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I</span></p>
--	--

**A. Ang pagsusuri sa pandinig**

Nauunawaan ko na ang lahat ng kapapanganak na mga sanggol ay dapat magkaroon ng pagsusuri sa pandinig upang suriin kung ang sanggol ay may suliranin sa pandinig.

**B. Mayroon bang anumang mga panganib?**

Nauunawaan ko na walang nalalamang mga panganib ng pinsala para sa sanggol ang pamamaraang ito, ngunit:

- May maliit na posibilidad na ang pagsusuri sa pandinig ay magpapakita na walang pagkawala sa pandinig bagamat sa katanungan ay maaaring may pagkawala ng pandinig.
  - Ang isang bata ay maaari pa ring magkaroon ng pagkawala ng pandinig sa kalaunan. Kaya mahalaga para sa mga magulang na patuloy na subaybayan ang pandinig ng kanilang sanggol.
- Nauunawaan ko na kung hindi ko ibibigay ang aking pahintulot na sumailalim sa pagsusuri sa pandinig ang aking anak, ang pagkawala ng pandinig ay maaaring madiskubre lamang sa mas huling yugto nito. Ang mas huling pagkadiskubre ay maaaring mangahulugan na ang aking anak ay maaaring makaranas ng naantalang pag-unlad sa wika.

**C. Pahintulot o pagtanggap ng magulang**

**Kinikilala ko na:**

- Nabasa ko o naipaliwanag sa akin ang polyeto - "Ang pagsusuri sa pandinig ng iyong sanggol", at naipaliwanag sa akin ang Programa ng Malusog na Pandinig sa Queensland. ....  
(pangalan ng miyembro ng kawani ng ospital)
- Nagawa kong magtanong at magpahayag ng mga pag-aalala tungkol sa mga pamamaraan at mga panganib nito. Ang aking mga katanungan at mga alalahanin ay tinalakay at sinagot nang kasiya-siya sa akin.
- Nauunawaan ko na kung nakasaad na ang aking anak ay nangangailangan ng karagdagang pagsusuri, ang mga propesyonal sa kalusugan tulad ng aking GP, Child Health Nurse, Pediatrician, Audiologist, Family Support Facilitator at mga kawani ng Programa ng Malusog na Pandinig ay maaaring abisuhan ng mga resulta at maaari akong kontakin ng mga kawani na may kinalaman sa Programa ng Malusog na Pandinig.

**Nauunawaan ko rin na:**

- Ang mga resulta ng pagsusuri ay itatala sa isang database na tumutulong sa pag-follow-up sa mga sanggol na nangangailangan ng karagdagang pagsusuri o paggamot. Ang database ay nagbibigay-daan din para masubaybayan ang Programa sa Malusog na Pandinig.
- Ang mga impormasyon mula sa database ay maaaring gamitin para sa mga layunin ng pananaliksik ngunit ang mga pangalan ay hindi gagamitin sa anumang mga ulat o inilathalang impormasyon.
- Kung ang klinikal na pagtatasa ay nagsasaad na ang aking anak ay hindi dapat masuri, siya ay isasangguni sa Audiology para sa dayagnostikong pagtatasa.

**Sa batayan ng mga pahayag sa itaas:**

Pagsusuri	<input type="checkbox"/>	Sumasang-ayon ako na sumailalim ang aking sanggol sa pagsusuri sa pandinig.
	<input type="checkbox"/>	<b>HINDI AKO</b> nagpapahintulot na sumailalim ang aking sanggol ng pagsusuri sa pandinig.
Klinikal na hindi pagkasama sa pagsusuri	<input type="checkbox"/>	Sumasang-ayon ako na isangguni ang aking sanggol sa Audiology, nang walang pagsusuri.
	<input type="checkbox"/>	<b>HINDI AKO</b> nagpapahintulot na isangguni ang aking sanggol sa Audiology, nang walang pagsusuri.

Pangalan ng magulang (mangyaring ilimbag):	Lagda:	Petsa:

**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?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Is a Cultural Support Person present?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Interpreter name (please print):	Signature:	Date: