



Queensland  
Government

**HEALTHY HEARING PROGRAM  
同意书**

Facility/Service: .....

(affix Baby's patient identification label here)

URN: .....

Family Name: .....

Given Names: .....

Date of Birth: ..... / ..... / 20 ..... Sex:  M  F

**A. 听力检查**

我明白所有新生儿都应该进行一个听力检查，看他们是否有听力问题。

**B. 有任何风险吗？**

我明白检查据知不会对宝宝造成任何伤害，但是：

- 听力检查可能显示没有听力丧失，但实际上可能有听力丧失，但发生这种情况的几率很小。
- 孩子可能日后仍然会出现听力丧失，所以父母继续留意宝宝的听力状况很重要。

我明白如果我不同意孩子接受听力检查，听力丧失可能会等到较晚的阶段才会被发现。较晚发现可能意味着孩子可能出现语言发展迟缓。

**C. 父母同意或拒绝的意见**

**我确认：**

- 我已阅读小册子“宝宝的免费听力检查”或已听取其解释，而且 ..... 已向我解释昆士兰听力健康计划。  
(医院工作人员姓名)
- 我有机会就检查程序和风险提出问题和顾虑。我的问题和顾虑已得到讨论并得到了满意的答复。
- 我明白如果检查结果显示我的孩子需要进一步的测试，包括家庭医生、儿童保健护士、儿科医生和听力健康计划人员等在内的医疗人员将获知检查结果，听力健康计划的工作人员也可能联络我。

**我也明白：**

- 检查结果将被录入数据库，协助宝宝接下来进一步的检查或治疗。数据库也使我们得以监督听力健康计划的运作。
- 数据库资料可能会用于研究用途，但姓名不会出现在任何报告或出版物中。

**根据以上声明，**

- 我同意宝宝进行听力检查。  
 我不同意宝宝进行听力检查。

父母姓名: ..... 签名: ..... 日期: .....

**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.

Name of staff member: ..... 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.

Name of interpreter: ..... Signature: ..... Date: .....

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

SW011 v2.00 - 18/07/2005

HEALTHY HEARING PROGRAM - 同意书