



Queensland
Government

Healthy Hearing Program

सहमति

Facility:

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. सुनने की क्षमता का परीक्षण

मैं यह समझती हूँ कि सभी नवजात शिशुओं की सुनने की क्षमता का परीक्षण किया जाना चाहिए, ताकि यह जाँच को जा सके कि क्या शिशु को सुनने की समस्या हो सकती है।

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

B. क्या इसमें कोई खतरा है?

मैं यह समझती हूँ कि इस प्रक्रिया में शिशु को शारीरिक नुकसान होने के कोई ज्ञात खतरा नहीं है, परंतु:

- इस बात की थोड़ी सी संभावना रहती है कि सुनने की क्षमता में वास्तव में कुछ कमी होने के बावजूद भी सुनने की क्षमता का परीक्षण इस कमी की अनुपस्थिति दिखा सकता है।
- बच्चे के जीवन में आगे सुनने की क्षमता में कमी विकसित हो सकती है। इसलिए माता-पिता के लिए अपने शिशु की सुनने की क्षमता की निगरानी जारी रखना महत्वपूर्ण है।

मैं यह समझती हूँ कि यदि मैं अपने बच्चे के सुनने की क्षमता के परीक्षण के लिए अपनी सहमति नहीं देती हूँ, तो हो सकता है कि कुछ समय बाद तक सुनने की क्षमता में कमी का पता न चल पाए। बाद में पता चलने का अर्थ है कि मेरे बच्चे को भाषा के विकास में देरी का अनुभव होना संभव हो सकता है।

C. माता/पिता की स्वीकृति या अस्वीकृति

मैं स्वीकार करती/करता हूँ कि:

- मैंने "आपके शिशु का श्रवण-शक्ति परीक्षण" प्रपत्र पढ़ लिया है या मुझे इसके बारे में समझा दिया गया है, और मैंने मुझे क्वींसलैंड के स्वस्थ श्रवण-शक्ति कार्यक्रम के बारे में समझा दिया है।

(अस्पताल के कर्मचारी का नाम)

- मैं प्रश्न पूछने तथा प्रक्रिया और इसके खतरों के बारे में चिंताएँ प्रकट करने में सक्षम थी/था। मेरे प्रश्नों और चिंताओं के बारे में चर्चा की गई है और मैं दिए उत्तरों से संतुष्ट हूँ।
- मैं यह समझती/समझता हूँ कि यदि मेरे बच्चे के लिए आगे परीक्षण करवाए जाने की आवश्यकता इंगित की गई है, तो मेरे जीपी, बाल स्वास्थ्य नर्स, पीडियाट्रिशियन, ऑडियोलॉजिस्ट, परिवार समर्थन सुविधाकार और स्वस्थ श्रवण-शक्ति कार्यक्रम के कर्मचारियों जैसे स्वास्थ्य पेशेवरों को परिणामों की सूचना दी जा सकती है और स्वस्थ श्रवण-शक्ति कार्यक्रम से जुड़े कर्मचारी मुझसे संपर्क कर सकते हैं।

मैं यह भी समझती/समझता हूँ कि:

- परीक्षण के परिणामों को एक डेटाबेस में दर्ज किया जाएगा जिससे आगे के परीक्षण या उपचार की आवश्यकता वाले शिशुओं के साथ फॉलो-अप में सहायता मिल पाएगी। यह डेटाबेस स्वस्थ श्रवण-शक्ति कार्यक्रम का निरीक्षण करने में भी सहायता देता है।
- डेटाबेस से प्राप्त जानकारी का उपयोग अनुसंधान के उद्देश्यों के लिए किया जा सकता है, लेकिन किसी भी रिपोर्ट या प्रकाशित जानकारी में नामों का उपयोग नहीं किया जाएगा।
- यदि क्लिनिकल आकलन यह इंगित करता है कि मेरे बच्चे की जाँच नहीं की जानी चाहिए, तो उसे नैदानिक आकलन के लिए ऑडियोलॉजी के पास भेजा जाएगा।

उपरोक्त कथनों के आधार पर:

- परीक्षण मैं अपने शिशु की सुनने की क्षमता के परीक्षण के लिए सहमति देती/देता हूँ।
 मैं अपने शिशु की सुनने की क्षमता के परीक्षण के लिए सहमति नहीं देती/देता हूँ।
- परीक्षण के लिए नैदानिक विमुक्ति मैं अपने शिशु को परीक्षण के बिना ऑडियोलॉजी के पास भेजे जाने के लिए सहमति देती/देता हूँ।
 मैं अपने शिशु को परीक्षण के बिना ऑडियोलॉजी के पास भेजे जाने के लिए सहमति नहीं देती/देता हूँ।

माता/पिता का नाम (कृपया प्रिंट करें):

हैं।

हस्ताक्षर:

दिनांक:

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:

