



Queensland
Government

HEALTHY HEARING PROGRAM
동의서

Facility/Service:

(affix Baby's patient identification label here)

URN:

Family Name:

Given Names:

Date of Birth: / / 20 Sex: M F

Mother's details (or affix her patient identification label here)

URN:

Family Name:

Given Names:

Date of Birth: / / 20

A. 청력 검사

본인은 모든 신생아들이 청력 문제를 가지고 있는지 점검하기 위하여 청력 검사를 받아야 함을 이해합니다.

B. 위험 여부

본인은 검사 절차에서 아기에게 해가 되는 위험은 알려진 바 없음을 이해하고 있습니다.

- 사실상 청력 상실이 있는 데도 청력 검사에서 청력 상실이 없다는 결과를 보이는 경우가 소수지만 있습니다.
- 아이의 성장 과정에서 나중에 청력 상실이 진단될 수 있습니다. 그러므로 부모들이 아기의 청력 상태를 지속적으로 점검하는 것이 중요합니다.

본인은 본인의 아이가 청력 검사를 받는 것에 동의하지 않으면, 상태가 진단될 때까지 청력 상실을 발견하지 못할 수 있음을 이해합니다. 늦게 발견되는 경우, 아이의 언어 발달이 지체될 수 있습니다.

C. 부모 동의 혹은 거부

본인은 다음 사실을 인정합니다.

- 본인은 “아기를 위한 무료 청력 검사 (Your baby's free hearing screen)”라는 팸플릿을 읽었거나 설명 받았습니니다. 씨가 퀸즐랜드의 청력 건강 프로그램에 대하여 설명해주었습니다. (병원 직원 이름)
- 본인은 절차 및 그 위험성에 관련하여 질문하거나, 우려를 제기할 수 있었습니다. 본인의 질문 및 우려 사항을 만족할 만큼 상의해주고 답변해 주었습니다.
- 본인의 아이에게 더 상세한 검사가 필요하다는 결과가 나오는 경우, 본인의 GP, 아동 보건 간호사, 소아과 의사 및 청력 건강 프로그램의 직원 등과 같은 보건 전문가들에게 결과가 통지될 수 있으며, 본인은 청력 건강 프로그램 관련 직원에게 연락 받을 수 있음을 이해합니다.

본인은 또한 아래 사실도 이해합니다.

- 검사 결과는 데이터베이스에 기록되어 더 상세한 테스트 및 치료를 요하는 아기들의 사후 점검에 도움이 될 것입니다. 청력 건강 프로그램은 이 데이터베이스를 통해서 지속적으로 아기의 상태를 관찰하게 됩니다.
- 데이터베이스 정보는 연구 목적으로 사용될 수도 있으나, 아기의 이름은 보고서나 출판 정보에 사용되지 않습니다.

상기 진술을 바탕으로:

- 본인은 본인의 아이가 청력 검사를 받는 것에 동의합니다.
- 본인은 본인의 아이가 청력 검사를 받는 것에 동의하지 않습니다.

부모 성명: 서명: 날짜:

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