



Queensland
Government

HEALTHY HEARING PROGRAM
ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਫ਼ਾਰਮ

Facility/Service:

(affix Baby's patient identification label here)

URN:

Family Name:

Given Names:

Date of Birth: / / 20 Sex: M F

A. ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਸਕੀਨ

ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਾਰੇ ਨਵੇਂ ਜਨਮੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਸਕੀਨ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂਕਿ ਇਹ ਜਾਂਚ ਹੋ ਸਕੇ ਕਿ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੋਈ ਸਮੱਸਿਆ ਤਾਂ ਨਹੀਂ ਹੈ।

B. ਕੀ ਇਸ ਵਿਚ ਕੋਈ ਖ਼ਤਰੇ ਹਨ?

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਕਾਰਜ ਵਿਧੀ ਵਿਚ ਚੋਟ ਲੱਗਣ ਦੇ ਕੋਈ ਗਿਆਤ ਖ਼ਤਰੇ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਪਰ:

- ਮਾਮੂਲੀ ਜਿਹਾ ਮੌਕਾ ਹੈ ਕਿ ਸਕੀਨ ਤੋਂ ਪਤਾ ਚੱਲੇ ਕਿ ਕੋਈ ਘਾਟ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਅਸਲ ਵਿਚ ਘਾਟ ਹੈ।
- ਬੱਚੇ ਦੇ ਬਾਦ ਦੇ ਜੀਵਨ ਦੌਰਾਨ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਵਿਚ ਕਮੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਬਹੁਤ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ 'ਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਸਕੀਨ ਕਰਨ ਲਈ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਨਾ ਦਿਆਂ ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਵਿਚ ਘਾਟ ਦਾ ਪਤਾ ਦੇਰ ਤੱਕ ਨਾ ਚੱਲੇ। ਬਾਦ ਵਿਚ ਪਤਾ ਚਲਣ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਭਾਸ਼ਾ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਦੇਰ ਨਾਲ ਹੋਵੇਗਾ।

C. ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਰਜ਼ਾਮੰਦੀ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰੀ

ਮੈਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ "ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਮੁਫ਼ਤ ਸਕੀਨ" ਲੀਫ਼ਲੈਟ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ ਨੇ ਕੁਈਨਜ਼ਲੈਂਡ ਹੈਲਥੀ ਹੀਅਰਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਬਾਰੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਾ ਦਿੱਤਾ ਹੈ।
(ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਅਮਲੇ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਂ)
- ਮੈਂ ਇਸ ਕਾਰਜ ਵਿਧੀ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਦੇ ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਦੱਸ ਸਕਿਆ/ਸਕੀ ਸੀ। ਮੇਰੇ ਸਵਾਲਾਂ ਅਤੇ ਚਿੰਤਾ ਦੇ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਤਸੱਲੀ ਯੋਗ ਜਵਾਬ ਮਿਲੇ ਹਨ।
- ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਸਕੀਨ ਤੋਂ ਪਤਾ ਚੱਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਜਾਂਚ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਪੇਸ਼ਾਵਰਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਜੀਪੀ (ਡਾਕਟਰ), ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਨਰਸ, ਬਾਲ ਰੋਗ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਹੈਲਥੀ ਹੀਅਰਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਅਮਲੇ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹੈਲਥੀ ਹੀਅਰਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਅਮਲੇ ਵੱਲੋਂ ਮੇਰੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਇਹ ਵੀ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਸਕੀਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਡਾਟਾਬੇਸ ਵਿਚ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਿਹੜਾ ਬਾਦ ਵਿਚ ਉਹਨਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਡਾਟਾਬੇਸ ਤੋਂ ਹੈਲਥੀ ਹੀਅਰਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ।
- ਡਾਟਾਬੇਸ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਰਿਸਰਚ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਰਤਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਰਿਪੋਰਟ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਨ ਵਿਚ ਨਾਂ ਨਹੀਂ ਦੱਸੇ ਜਾਣਗੇ।

ਉਪਰੋਕਤ ਬਿਆਨਾਂ ਦੇ ਆਧਾਰ ਤੇ:

- ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਸਕੀਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।
- ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸੁਣਨ-ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਸਕੀਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ।

ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ: ਹਸਤਾਖਰ: ਤਾਰੀਖ਼:

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