



**Queensland
Government**

**โครงการการได้ยินอย่างมีสุขภาพ
คำยินยอม**

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.....

ก. การตรวจคัดกรองการได้ยิน

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าทารกแรกคลอดทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินเพื่อตรวจดูว่าทารกอาจมีปัญหากการได้ยิน

ข. มีความเสี่ยงหรือไม่?

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่ากระบวนการตรวจคัดกรองเท่าที่ทราบยังไม่เคยมีความเสี่ยงต่อการเกิดบาดเจ็บแก่ทารก แต่ :

- มีโอกาสน้อยที่การตรวจคัดกรองการได้ยินอาจจะแสดงว่าไม่มีการสูญเสียการได้ยินที่แท้จริงแล้วอาจเป็นการสูญเสียการได้ยินก็ได้
- เด็กอาจยังพัฒนาการสูญเสียการได้ยินในช่วงหลังของชีวิตได้ ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่บิดามารดาควรคอยเฝ้าติดตามความสามารถได้ยินของลูกน้อยเสมอ

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าถ้าข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ลูกน้อยของข้าพเจ้ารับการตรวจคัดกรองการได้ยิน อาจทำให้ไม่สามารถตรวจพบการสูญเสียการได้ยินจนกระทั่งล่วงเลยไปถึงในช่วงต่อไป ซึ่งอาจหมายความว่าลูกน้อยของข้าพเจ้าอาจมีการพัฒนาการใช้ภาษาล่าช้าได้

ค. คำยินยอมหรือการปฏิเสธของบิดามารดา

ข้าพเจ้ายอมรับว่า :

- ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้รับการอธิบายข้อความในเอกสารแผ่นพับที่ชื่อ "การตรวจคัดกรองการได้ยินเป็นบริการฟรีให้แก่ลูกน้อยของท่าน" แล้ว และ ได้อธิบายถึงโครงการการได้ยินอย่างมีสุขภาพ (Healthy Hearing Program) ของรัฐควีนส์แลนด์ให้ข้าพเจ้ารับฟังแล้ว
- ข้าพเจ้าสามารถซักถามและแสดงความกังวลใจเกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัดกรองการได้ยินและความเสี่ยงต่างๆ และการซักถามรวมถึงการแสดงความกังวลใจของข้าพเจ้าต่างๆ นั้นได้มีการหารือและตอบจนเป็นที่พอใจของข้าพเจ้าแล้ว
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการตรวจคัดกรองที่แสดงว่าลูกน้อยของข้าพเจ้าจำเป็นต้องได้รับการทดสอบอีก อาจจะต้องนำผลการตรวจคัดกรองนี้แจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องด้วย อาทิ แพทย์ที่ให้การรักษาลูกข้าพเจ้า พยาบาลสุขภาพเด็ก กุมารแพทย์ และบุคลากรของโครงการการได้ยินอย่างมีสุขภาพ และข้าพเจ้าอาจได้รับการติดต่อจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโครงการอีก

ข้าพเจ้ายังเข้าใจอีกว่า :

- ผลของการตรวจคัดกรองจะได้รับการบันทึกไว้ในฐานข้อมูลที่จะเอื้อต่อการติดตามผลสำหรับทารกที่จะต้องได้รับการทดสอบหรือรักษาในครั้งต่อไป ฐานข้อมูลนี้ยังสามารถนำไปใช้ในการติดตามโครงการการได้ยินอย่างมีสุขภาพอีกด้วย
- รายละเอียดจากฐานข้อมูลอาจใช้เพื่อการวิจัยแต่จะไม่มีการเปิดเผยชื่อในการรายงานหรือในการตีพิมพ์ใดๆ ทั้งสิ้น

จากพื้นฐานของถ้อยความที่ให้ไว้ข้างบนนี้ :

- ข้าพเจ้าให้ความยินยอมให้ลูกน้อยของข้าพเจ้ารับการตรวจคัดกรองการได้ยิน
- ข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมให้ลูกน้อยของข้าพเจ้ารับการตรวจคัดกรองการได้ยิน

ชื่อของบิดามารดา : ลงนาม : วันที่ :

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 - v3.00 - 07/2006 - 10188212

เขตสุขภาพที่ ๑ - แผนกส่งเสริมสุขภาพเด็กและวัยรุ่น