

برنامج ولاية بنسلفانيا للتثقيف بشأن متلازمة موت المولود الفجاءة (SIDS) والوقاية منها

بيان الإقرار الطوعي

تعليمات للمستشفى/مركز الولادة/ممارس الرعاية الصحية: إكمال نموذجين لكل عائلة قبل الإفراج من المستشفى أو بعد ولادة مولود (مواليد) لعائلات تمت الولادة فيها خارج المستشفى أو مركز الولادة. تزويد الوالد أو الوالدة (أو الوالدين) بالمعلومات حول متلازمة موت المولود الفجاءة وإجراءات الوقاية منها. الطلب من الوالد أو الوالدة (أو الوالدين) التوقيع الطوعي على هذا النموذج مشيرين إلى أنهما استلما، وقرأوا وفهما المعلومات حول متلازمة موت المولود الفجاءة وإجراءات الوقاية منها. تزويد الوالد أو الوالدة (أو الوالدين) بنسخة واحدة من النموذج الموقع والاحتفاظ بنسخة للسجل الطبي.

ليتم إكماله من قبل المستشفى/مركز الولادة/ممارس الرعاية الصحية:

اسم المستشفى: _____

الاسم القانوني للطفل: _____

تاريخ الولادة: _____ الجنس: ذكر أنثى

تم تزويد الوالدين بمعلومات حول متلازمة موت المولود الفجاءة، بما في ذلك النشرة، التاريخ: _____

ملاحظات: _____

ليتم إكماله من قبل الوالدين، أو زوج الأم أو زوجة الأب، أو الوالدين بالتبني، أو الوصي القانوني، أو الحارس القانوني: لقد قدمت لي معلومات حول متلازمة موت المولود الفجاءة والنوم المأمون للطفل من قبل المستشفى. أنا أوقع طوعاً على بيان الإقرار بأنني استلمت، وقرأت، وفهمت المعلومات حول متلازمة موت المولود الفجاءة التي وفرت لي.

التوقيع، الوالدة: _____ رفضت: التاريخ: _____

التوقيع، الوالد: _____ رفض: التاريخ: _____

التوقيع، آخر: _____ رفض: التاريخ: _____

زوج الأم أو زوجة الأب، الوالدان بالتبني، الوصي القانوني، الحارس القانوني

تم تزويد النموذج هذا والمعلومات المرافقة به وفقاً لقانون رقم ٧٣ لعام ٢٠١٠