कृपया यो फारम भर्न बेलामा अलि बलपूर्वक लेख्नुहोस्, तपाई यसको ३ प्रति बनाउँदै हुनुहुन्छ ।

पेंसिल्भिल्भानिया सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या) निवारण तथा सचेतना कार्यक्रम

"बच्चाहरुको जीवन बचाउन एक पटकमा एक परिवार"

स्वैच्छिक प्रतिबद्दता जनाउने विवरण

<u>अस्पताल/जन्म केन्द्र निर्देशनहरु:</u> एउटा शिशुको लागि एउटा फारम भर्नुहोस् । अभिभावकलाई सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या) निवारण तथा सचेतनाको मापनको जानकारीको लागि उपलब्ध गराउनुहोस् । उनीहरुले यो जानकारी प्राप्त गरेको छ वा बुझेको छ भनी यो फारममा स्वैच्छिक रुपमा हस्ताक्षर गर्न अनुरोध गर्नुहोस् । यो हस्ताक्षर गरेको फारमको एक प्रति अभिभावकलाई उपलब्ध गराउनुहोस्, एक प्रति मेडिकल रेकर्डको लागि राख्नुहोस्, र एक प्रति पेंसिल्भिल्भानिया सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या) निवारण तथा सचेतना कार्यक्रमको नर्स समन्वयलाई पठाउनुहोस् ।

अस्पतालको नाम : _____

बच्चाको कानूनी नाम : _____

जन्म मिति (महिना/गते/साल)**:** _____ **लिंग: महिला** ❑पुरुष ❑

अभिभावकलाई सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या)उपलब्ध गराएको जानकारी, मिति: _____
(महिना/गते/साल)

❑ **नर्ससँग सल्लाह लिएको** ❑ **भिडियो हेरेको** ❑ **ब्रोसर(पर्चा)प्राप्त गरेको** ❑ युनिट(कक्ष)मा पोष्टर देखेको

नोट: _____

<u>अभिभावक:</u> अस्पतालले मलाई सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या)को जानकारी उपलब्ध गराइएको छ । मैले यो जानकारी प्राप्त गरेको, पढेको र बुझेको छु तसर्थ यो विवरण(दस्तावेज)मा स्वैच्छिक रुपमा हस्ताक्षर गर्दछु ।

हस्ताक्षर ,आमा: _____ **अस्वीकार :** ❑ **मिति:** _____

हस्ताक्षर, बुबा: _____ **अस्वीकार :** ❑ **मिति:** _____

अस्ताक्षर, अन्य: _____ **अस्वीकार :** ❑ **मिति:** _____

(सौतेनी अभिभावक, धर्म अभिभावक, कानूनी अभिभावक , कानूनी रक्षक)

यो फारम र यो फारम सँगै भएको जानकारी 176 को 2002 (11 P.S. §2121-2126)को ऐनको नियम अनुसार उपलब्ध गराइएको छ ।

कृपया यो फारम भर्न बेलामा अलि बलपूर्वक लेख्नुहोस्, तपाई यसको ३ प्रति बनाउँदै हुनुहुन्छ ।

पेंसिल्भिल्भानिया सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या) निवारण तथा सचेतना कार्यक्रम

"बच्चाहरुको जीवन बचाउन एक पटकमा एक परिवार"

स्वैच्छिक प्रतिबद्दता जनाउने विवरण

<u>अस्पताल/जन्म केन्द्र निर्देशनहरु:</u> एउटा शिशुको लागि एउटा फारम भर्नुहोस् । अभिभावकलाई सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या) निवारण तथा सचेतनाको मापनको जानकारीको लागि उपलब्ध गराउनुहोस् । उनीहरुले यो जानकारी प्राप्त गरेको छ वा बुझेको छ भनी यो फारममा स्वैच्छिक रुपमा हस्ताक्षर गर्न अनुरोध गर्नुहोस् । यो हस्ताक्षर गरेको फारमको एक प्रति अभिभावकलाई उपलब्ध गराउनुहोस्, एक प्रति मेडिकल रेकर्डको लागि राख्नुहोस्, र एक प्रति पेंसिल्भिल्भानिया सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या) निवारण तथा सचेतना कार्यक्रमको नर्स समन्वयलाई पठाउनुहोस् ।

अस्पतालको नाम : _____

बच्चाको कानूनी नाम : _____

जन्म मिति (महिना/गते/साल)**:** _____ **लिंग: महिला** ❑पुरुष ❑

अभिभावकलाई सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या)उपलब्ध गराएको जानकारी, मिति: _____
(महिना/गते/साल)

❑ **नर्ससँग सल्लाह लिएको** ❑ **भिडियो हेरेको** ❑ **ब्रोसर(पर्चा)प्राप्त गरेको** ❑ युनिट(कक्ष)मा पोष्टर देखेको

नोट: _____

<u>अभिभावक:</u> अस्पतालले मलाई सेकन बेबी सिन्ड्रोम(बच्चा हल्लाउँदा हुने समस्या)को जानकारी उपलब्ध गराइएको छ । मैले यो जानकारी प्राप्त गरेको, पढेको र बुझेको छु तसर्थ यो विवरण(दस्तावेज)मा स्वैच्छिक रुपमा हस्ताक्षर गर्दछु ।

हस्ताक्षर ,आमा: _____ **अस्वीकार :** ❑ **मिति:** _____

हस्ताक्षर, बुबा: _____ **अस्वीकार :** ❑ **मिति:** _____

अस्ताक्षर, अन्य: _____ **अस्वीकार :** ❑ **मिति:** _____

(सौतेनी अभिभावक, धर्म अभिभावक, कानूनी अभिभावक , कानूनी रक्षक)

यो फारम र यो फारम सँगै भएको जानकारी 176 को 2002 (11 P.S. §2121-2126)को ऐनको नियम अनुसार उपलब्ध गराइएको छ ।