

পেনসিলভানিয়া হঠাৎ শিশু মৃত্যুর লক্ষণ শিক্ষা ও প্রতিরোধ প্রোগ্রাম  
স্বীয় বা নিজে জ্ঞাত স্বীকার বিবৃতি

হাসপাতাল/জন্মদান কেন্দ্র/স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর জন্য নির্দেশাবলী: দুইটি ফর্ম সম্পন্ন করুন হাসপাতাল হতে ডিসচার্জ হওয়ার পূর্বে প্রত্যেক পরিবারের জন্য অথবা হাসপাতাল বা জন্মদান কেন্দ্রের বাহিরে নবজাতক প্রসব করার পরে প্রত্যেক পরিবারের জন্য। পিতামাতাকে হঠাৎ শিশু মৃত্যুর লক্ষণ ও প্রতিরোধ ব্যবস্থা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করুন। পিতামাতাকে স্বেচ্ছায় এই ফর্ম এ স্বাক্ষর করতে অনুরোধ করুন এটা নির্দেশ করে যে তারা হঠাৎ শিশু মৃত্যুর লক্ষণ ও প্রতিরোধ ব্যবস্থা সম্পর্কে তথ্য পেয়েছে, পড়েছে ও বুঝতে পেরেছে। স্বাক্ষরিত দুইটি কপি একটি পিতামাতাকে দিন এবং একটি মেডিক্যাল রেকর্ডের জন্য রেখে দিন।

হাসপাতাল/জন্মদান কেন্দ্র/স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক সম্পন্ন করতে হবে:

হাসপাতালের নাম: \_\_\_\_\_

শিশুর বৈধ নাম: \_\_\_\_\_

জন্ম তারিখ: \_\_\_\_\_ লিঙ্গ: ছেলে  মেয়ে

পিতামাতাকে লিফলেট (brochure) সহ হঠাৎ শিশু মৃত্যুর লক্ষণ তথ্য প্রদানের তারিখ: \_\_\_\_\_

নোট:

পিতামাতা, সৎ পিতামাতা, দত্তক পিতামাতা, আইনত অভিভাবক, আইনত তত্ত্বাবধায়ক কর্তৃক সম্পন্ন করতে হবে:  
পিতামাতা: হাসপাতাল কর্তৃক আমাকে হঠাৎ শিশু মৃত্যুর লক্ষণ ও বাচ্চার নিরাপদ ঘুম তথ্য প্রদান করা হয়েছে।  
আমি স্বেচ্ছায় এই বিবৃতি স্বীকার ফর্ম স্বাক্ষর করেছি এটা জানিয়ে যে আমি প্রদত্ত SIDS তথ্য পেয়েছি, পড়েছি, ও বুঝেছি।

স্বাক্ষর, মা: \_\_\_\_\_ অস্বীকার:  তারিখ: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর, বাবা: \_\_\_\_\_ অস্বীকার:  তারিখ: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর, অন্যান্য: \_\_\_\_\_ অস্বীকার:  তারিখ: \_\_\_\_\_

(সৎ পিতামাতা, দত্তক পিতামাতা, আইনত অভিভাবক, আইনত তত্ত্বাবধায়ক)

এই ফর্ম ও এর সাথে সম্পর্কিত তথ্য ২০১০ সালের অ্যাক্ট ৭৩ অনুযায়ী প্রদান করা হয়েছে।