

پنسلوانیا سڈن انفینٹ ڈیٹھ سنڈروم کی تعلیم اور روک تھام کا پروگرام
رضاکارانہ اعترافی بیان

ہسپتال/برتھ سینٹر/بیلٹھ کینر پریکٹیشنر کے لیے ہدایات: ہر خاندان کے لیے دو فارم مکمل کریں، ہسپتال سے چھٹی سے قبل، یا پھر ایسے خاندانوں کے نوزائیدہ بچوں کی پیدائش کے بعد، جن کی پیدائش ہسپتال یا برتھ سینٹر سے باہر ہوئی ہو۔ والدین کو سڈن انفینٹ ڈیٹھ سنڈروم اور اُس کی روک تھام کی تدابیر کے بارے میں معلومات فراہم کریں۔ درخواست کریں کہ والدین رضاکارانہ طور پر اس فارم پر دستخط کریں یہ نشاندہی کرتے ہوئے کہ انہوں نے سڈن انفینٹ ڈیٹھ سنڈروم اور اُس کی روک تھام کی تدابیر کے بارے میں معلومات کو وصول کر لیا ہے، اُن کا مُطالعہ کر لیا ہے اور اُن کو سمجھ لیا ہے۔ دستخط شدہ فارم کی ایک نقل والدین کو فراہم کریں اور ایک نقل کو طبی ریکارڈ میں رکھنے کے لیے رکھ لیں۔

ہسپتال/برتھ سینٹر/بیلٹھ کینر پریکٹیشنر کی جانب سے مکمل کیا جائے:

ہسپتال کا نام: _____

بچے کا قانونی نام: _____

تاریخ پیدائش: _____ جنس: _____ لڑکا لڑکی

والدین کی فراہم کردہ سڈن انفینٹ ڈیٹھ سنڈروم کی معلومات بشمول بروشر، تاریخ: _____

نوٹس:

والدین، سوتیلے والدین، گود لینے والے والدین، قانونی سرپرست یا قانونی خیال رکھنے والے فرد کی جانب سے مکمل کیا جائے:

والدین: سڈن انفینٹ ڈیٹھ سنڈروم (نوزائیدہ بچے کی اچانک موت کا سنڈروم) اور انفینٹ سیف سلیپ (نوزائیدہ بچے کی محفوظ نیند) کے بارے میں معلومات، ہسپتال کی جانب سے مجھے فراہم کی گئیں۔ میں نے رضاکارانہ طور پر اس بیان پر دستخط کیے ہیں اور تسلیم کیا ہے کہ میں نے سڈن SIDS کے بارے میں فراہم کردہ معلومات کو وصول کیا ہے، اس کا مُطالعہ کیا ہے اور سمجھا ہے۔

دستخط، والدہ: _____ انکار کیا گیا: تاریخ: _____

دستخط، والد: _____ انکار کیا گیا: تاریخ: _____

دستخط، دیگر: _____ انکار کیا گیا: تاریخ: _____
(سوتیلے والدین، گود لینے والے والدین، قانونی سرپرست، قانونی خیال رکھنے والے)

یہ فارم اور ملحقہ معلومات 2010ء کے ایکٹ 73 کی تعمیل میں فراہم کی گئیں