

Program Pendidikan dan Pencegahan Sindrom Kematian Bayi Mendadak, Pennsylvania
Pernyataan Pengakuan Sukarela

Petunjuk untuk Rumah Sakit/Pusat Kelahiran Bayi/Praktisi Kesehatan: Isi dua formulir untuk setiap keluarga sebelum keluar rumah sakit atau sesudah kelahiran bayi(-bayi) untuk keluarga yang melahirkan diluar rumah sakit atau pusat kelahiran bayi. Berikan informasi kepada (para) orang tua tentang Sindrom Kematian Bayi Mendadak dan tindakan pencegahannya. Mintalah (para) orang tua menanda tangani formulir ini yang menyatakan bahwa mereka telah menerima, membaca dan mengerti secara sukarela informasi tentang Sindrom Kematian Bayi Mendadak dan tindakan pencegahannya. Berikan satu salinan dari formulir yang di tandatangani kepada orang tua dan simpan satu salinan di bagian rekam medik.

Di isi oleh Rumah Sakit/Pusat Kelahiran Bayi/Praktisi Kesehatan:

NAMA RUMAH SAKIT: _____

NAMA RESMI BAYI: _____

TANGGAL LAHIR: _____ JENIS KELAMIN: L P

Informasi Sindrom Kematian Bayi Mendadak yang diberikan (para) orang tua termasuk brosur, TGL.: _____

CATATAN:

Diisi oleh Orang Tua, Orang Tua Tiri, Orang Tua Angkat, Wali Hukum atau Penjaga Hukum:

Orang Tua: Informasi Tentang Sindrom Kematian Bayi Mendadak dan Tidur Aman Bayi telah diberikan oleh rumah sakit kepada saya. Saya menandatangani dengan sukarela pernyataan yang mengakui bahwa saya telah menerima, membaca dan mengerti informasi SIDS yang diberikan.

TANDATANGAN, IBU: _____

DITOLAK: TGL.: _____

TANDATANGAN, AYAH: _____

DITOLAK: TGL.: _____

TANDATANGAN, LAINNYA: _____

DITOLAK: TGL.: _____

(orang tua tiri, orang tua angkat, wali hukum, penjaga hukum)

Formulir ini dan informasi yang mengikutinya diberikan sesuai dengan UU 73 Tahun 2010.