



Mpango wa Elimu na Kinga ya Ugonjwa wa Kifo cha Ghafla cha Watoto Wachanga wa Pennsylvania
Taarifa ya Kukubali kwa Hiari

Maagizo ya Hospitali/Kituo cha Kuzaliwa/Mhudumu wa Afya: Jaza fomu mbili kwa kila familia kabla ya kuruhusiwa kutoka hospitalini au baada ya mtoto/watoto wachanga kuzaliwa kwa familia zinazojifungua nje ya hospitali au kituo cha uzazi. Wape mzazi/wazazi taarifa kuhusu Ugonjwa wa Kifo cha Ghafla cha Watoto Wachanga na hatua za kinga. Omba mzazi/wazazi watie sahihi kwa hiari fomu hii ikionyesha kwamba walipokea, wamesoma na kuelewa taarifa kuhusu Ugonjwa wa Kifo cha Ghafla cha Watoto Wachanga na hatua za kinga. Wape wazazi nakala moja ya fomu iliyosainiwa na uhifadhi nakala moja kwenye rekodi ya matibabu.

Ijazwe na Hospitali/Kituo cha Kuzaliwa/Daktari wa Huduma ya Afya:

JINA LA HOSPITALI: _____

(JINA HALALI LA MTOTO: _____)

TAREHE YA KUZALIWA: _____ JINSIA: M ___ F _____

Mzazi/wazazi walitoa Taarifa kuhusu Ugonjwa wa Kifo cha Ghafla cha Watoto Wachanga ikijumuisha brosha,

TAREHE: _____

MANUKUU: _____

Ijazwe na Mzazi, Mzazi wa Kambo, Mzazi wa Kuasili au Mlezi wa Kisheria:

Mzazi: Nimepewa taarifa kuhusu Ugonjwa wa Kifo cha Ghafla cha Watoto Wachanga na Usingizi Salama wa Mtoto na hospitali. Ninatia sahihi taarifa hii kwa hiari nikikubali kwamba nimepokea, kusoma na kuelewa taarifa za SIDS zilizotolewa.

SAINI, MAMA: _____ AMEKATAA: _____ TAREHE: _____

SAINI, BABA: _____ AMEKATAA: _____ TAREHE: _____

SAINI, MWINGINE: _____ AMEKATAA: _____ TAREHE: _____
(mzazi wa kambo, mzazi wa kupanga, mlezi wa kisheria)

Fomu hii na taarifa zilizoambatishwa zimetolewa kwa kuzingatia Sheria ya 73 ya 2010.