

환자안전 비디오
Never, Ever Shake a Baby (절대 아기를 흔들지 마세요)

부모 서명 양식

I. 본인/우리는 *Never, Ever Shake a Baby (절대 아기를 흔들지 마세요)* 를 시청하는 목적이 부모가 영유아를 흔드는 것의 위험성과 흔들린 아이 증후군(Shaken Baby Syndrome) 및 학대성 두부외상(Abusive Head Trauma)의 증상을 인지하도록 하기 위함임을 이해합니다.본인/우리는 이 비디오의 시청이 부모 모두에게 중요함을 이해합니다.

II. 본인/우리는 영유아를 흔드는 것의 위험성과 흔들린 아이 증후군(Shaken Baby Syndrome) 및 학대성 두부외상(Abusive Head Trauma)의 증상에 관한 비디오를 시청하였음을 확인합니다.부모 중 한쪽이 이를 시청할 수 없는 경우, 본인이 아래 확인란을 선택하여 한쪽 부모가 시청할 수 없지만 본인이 이 비디오의 내용을 가능한 최선을 다해 전달해 줄 것을 확인합니다.

부모 중 한 사람이 비디오를 시청할 수 없는 경우 여기를 선택

부모 1 서명

날짜

부모 2 서명

날짜

부모 1 이름(인쇄체)

부모 2 이름(인쇄체)

III. (병원 또는 출생센터 이름)에서 본인/우리에게 영유아를 흔드는 것의 위험성과 흔들린 아이 증후군(Shaken Baby Syndrome) 및 학대성 두부외상(Abusive Head Trauma)의 증상에 관한 비디오를 시청할 것을 요청하였습니다.본인/우리는 비디오시청을 거부합니다.

부모 1 서명

날짜

부모 2 서명

날짜

부모 1 이름(인쇄체)

부모 2 이름(인쇄체)