

ВИДЕОФИЛЬМ О БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ  
*Никогда не трясите младенцев*  
ФОРМА ДЛЯ ПОДПИСАНИЯ РОДИТЕЛЯМИ

I. Я/мы понимаем, что целью просмотра фильма «*Никогда не трясите младенцев*» является осведомление родителей об опасностях тряски младенцев и маленьких детей, а также о симптомах синдрома младенца, подвергшегося тряске/посткоммоционного синдрома. Я/мы понимаем, что просмотр этого фильма важен для обоих родителей.

II. Я/мы подтверждаем, что я/мы просмотрели этот фильм об опасностях тряски младенцев и маленьких детей, а также о симптомах синдрома младенца, подвергшегося тряске/посткоммоционного синдрома. Если другой родитель не может просмотреть этот фильм, я отмечу клетку ниже в подтверждение того, что он/она не может просмотреть фильм, но я приложу все усилия, чтобы передать ему/ей информацию, представленную в этом фильме.

**ПОСТАВЬТЕ ОТМЕТКУ ЗДЕСЬ, ЕСЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ НЕ МОЖЕТ ПРОСМОТРЕТЬ ФИЛЬМ**

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя № 1

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя № 2

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя родителя № 1 (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Имя родителя № 2 (печатными буквами)

III. Сотрудники (name of hospital or birth center) обратились ко мне/нам с просьбой посмотреть фильм об опасностях тряски младенцев и маленьких детей, а также о симптомах синдрома младенца, подвергшегося тряске/посткоммоционного синдрома. Я/мы отказываемся смотреть этот фильм.

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя № 1

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя № 2

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Имя родителя № 1 (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Имя родителя № 2 (печатными буквами)