

病人安全錄影帶
「切勿搖晃嬰幼兒」
(*Never, Ever Shake a Baby*)

嬰幼兒父母簽字表

一. 我（們）理解：觀看「切勿搖晃嬰幼兒」（*Never, Ever Shake a Baby*）錄影帶的目的是讓嬰幼兒的父母知道搖晃嬰幼兒所帶來的危險，以及搖晃嬰幼兒綜合癥/虐待性頭部創傷的癥狀。我（們）理解：嬰幼兒的父母雙方都必須觀看這個錄影帶。

二. 我（們）確認：我（們）已經觀看這個錄影帶，其中介紹了搖晃嬰幼兒所帶來的危險，並介紹了搖晃嬰幼兒綜合癥/虐待性頭部創傷的癥狀。如果我們雙方之一不能在此觀看錄影帶，我會在下面的方格上打鉤，並將盡最大努力把這個錄影帶中介紹的資訊告訴他/她。

如果父母雙方之一不在，請在此打鉤

父母中一方簽字

日期

父母中另一方簽字

日期

父母中一方姓名（印刷體）

父母中另一方姓名（印刷體）

三. (**name of hospital or birth center**) 已經要求我（們）觀看這個錄影帶，其中介紹了搖晃嬰幼兒所帶來的危險，並介紹了搖晃嬰幼兒綜合癥/虐待性頭部創傷的癥狀。因此我（們）謝絕觀看這個錄影帶。

父母中一方簽字

日期

父母中另一方簽字

日期

父母中一方姓名（印刷體）

父母中另一方姓名（印刷體）