

患者安全视频  
*Never, Ever Shake a Baby*

父母签名表

I. 我/我们明白，观看 *Never, Ever Shake a Baby*（永远不要摇晃婴儿）的目的是让父母了解摇晃婴幼儿的危险以及婴儿摇晃综合症/虐待性头部创伤（**Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma**）的症状。我/我们知道父母双方观看此视频很重要。

II. 我/我们确认，我/我们已经观看了关于摇晃婴幼儿的危险以及婴儿摇晃综合症/虐待性头部创伤（**Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma**）症状的视频。如果父母中的另一方不在，我已勾选以下复选框，确认父母中的另一方不在，但我会尽最大努力将本视频中的信息告诉他/她。

如果另一方父母不在，请勾选此处

\_\_\_\_\_  
父母 1 签名                      日期

\_\_\_\_\_  
父母 2 签名                      日期

\_\_\_\_\_  
父母 1 姓名（正楷）

\_\_\_\_\_  
父母 2 姓名（正楷）

III. （医院或出生中心名称）要求我/我们观看关于摇晃婴幼儿的危险以及婴儿摇晃综合症/虐待性头部创伤（**Shaken Baby Syndrome/Abusive Head Trauma**）症状的视频。我/我们拒绝观看该视频。

\_\_\_\_\_  
父母 1 签名                      日期

\_\_\_\_\_  
父母 2 签名                      日期

\_\_\_\_\_  
父母 1 姓名（正楷）

\_\_\_\_\_  
父母 2 姓名（正楷）