شكرًا لمشاركتك في دراسة babyPHONO. يرجى إكمال هذا الاستبيان بعد خضوع طفلك لفحص الأطفال حديثي الولادة (فحص الطفل)، حيث تم تسجيل أصوات القلب:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **هل سبق لك أن شاهدت فحص الأطفال حديثي الولادة يُجرى لأحد أطفالك من قبل؟** | | | | | |
| لا | | | نعم | | |
| **إلى أي مدى توافق أو لا توافق على العبارات التالية:** | | | | | |
| **لاحظت أن القابلة / الممرضة / الطبيب كان يستمع إلى أصوات القلب** | | | | | |
| أوافق بشدة | أوافق | محايد | | أعارض | أعارض بشدة |
|  | | | | | |
| **تمكنت القابلة / الممرضة / الطبيب من تسجيل أصوات القلب بسهولة** | | | | | |
| أوافق بشدة | أوافق | محايد | | أعارض | أعارض بشدة |
|  | | | | | |
| **هل ستكون مرتاحًا لتسجيل أصوات القلب كجزء من الفحوصات الروتينية للأطفال في المستقبل؟** | | | | | |
| أوافق بشدة | أوافق | محايد | | أعارض | أعارض بشدة |
|  | | | | | |
| **هل كان أي جزء من فحص الطفل صعبًا بالنسبة لك في المشاهدة؟** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **هل لديك أي تعليقات أخرى بخصوص تسجيل أصوات قلب الأطفال للمساعدة في اكتشاف أي مشكلات في القلب؟** | | | | | |
|  | | | | | |