بیبیفونو مطالعے میں حصہ لینے کا شکریہ۔ براہ کرم یہ سوالنامہ اس کے بعد مکمل کریں جب آپ کے بچے کا نوزائیدہ جسمانی معائنہ (بیبی چیک) کیا جائے گا، جس دوران ان کی دل کی آوازیں ریکارڈ کی جائیں گی:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **کیا آپ نے اپنے کسی بچے پر کبھی نوزائیدہ جسمانی معائنہ ہوتے ہوئے دیکھا ہے؟** | | | | | |
| ل نہیں | | | جی ہاں | | |
| **آپ درج ذیل بیانات سے کس حد تک متفق یا غیر متفق ہیں:** | | | | | |
| **میں نے نوٹ کیا کہ دایہ/نرس/ڈاکٹر دل کی آوازیں سن رہا تھا۔** | | | | | |
| سختی سے متفق | متفق | غیر جانبدار | | متفق نہیں | سختی سے متفق نہیں |
|  | | | | | |
| **دایہ/نرس/ڈاکٹر دل کی آوازیں آسانی سے ریکارڈ کرنے میں کامیاب تھا۔** | | | | | |
| سختی سے متفق | متفق | غیر جانبدار | | متفق نہیں | سختی سے متفق نہیں |
|  | | | | | |
| **کیا آپ مستقبل میں بیبی چیکز کے حصے کے طور پر دل کی آوازوں کو ریکارڈ کرنے کے خیال سے آرام دہ ہوں گے؟** | | | | | |
| سختی سے متفق | متفق | غیر جانبدار | | متفق نہیں | سختی سے متفق نہیں |
|  | | | | | |
| **کیا بیبی چیک کا کوئی حصہ آپ کے لیے دیکھنا مشکل تھا؟** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **کیا آپ کے پاس بچوں کے دل کی آوازوں کو ریکارڈ کرنے کے بارے میں کوئی اور تبصرے ہیں تاکہ دل کے کسی مسئلے کو دریافت کیا جا سکے؟** | | | | | |
|  | | | | | |