

MICHIGAN DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

(إدارة الصحة المجتمعية بميشيغان)

نموذج الموافقة

لإجراء اختبار وجود الأجسام المضادة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)

لقد تمّ إعلامي أنه سيُجرى على عينة دمي المستحصل عليها من وخز الأصبع أو سحبها من الوريد، أو عينة بولي، أو عينة فموية من فمي اختبار لوجود أجسام مضادة لفيروس العوز المناعي البشري، وهذا الفيروس هو المسبب لمرض الأيدز (AIDS).

وأقرّ أنه قام أحد بشرح هذا الاختبار لي، بما في ذلك استخداماته ومنافعه وحدوده ومعنى نتائجه.

لقد تمّ إعلامي أن نتائج اختبار العوز المناعي البشري (HIV) ستُحفظ بسرية ولن يتم الإفصاح عنها للغير دون الحصول على إذن خطي مني، باستثناء: _____ * وكما هو مسموح به بموجب قانون الولاية.

وأدرك أنه لديّ الحق أن أجري هذا الاختبار بدون استخدام اسمي. وإذا كان طبيبي لا يخفي هوية المفحوص عند إعطاء هذا الفحص، فأدرك أنه يمكنني الحصول على هذا الاختبار بشكل تبقى هوية المفحوص مجهولة في أي مكان للاختبار والإرشاد المعني بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) الذي تعتمد إدارة الصحة المجتمعية بميشيغان.

وأفهم أنه لديّ الحق في سحب قبولي لإجراء هذا الاختبار في أي وقت قبل إتمام إجراءاته.

وأقرّ أنني تسلمت نسخة من منشور "What You Need to Know about HIV Testing" (الأشياء التي تحتاج إلى معرفتها عن اختبار HIV). وقد أتاحت الفرصة لي لأطرح أسئلة حول اختبار وجود الأجسام المضادة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وأقرّ أنه تمت الإجابة على أسئلتي بشكل مقبول لي.

وبتوقيعي أدناه، أوافق على أن يُجرى عليّ اختبار العوز المناعي البشري (HIV).

التاريخ توقيع المريض(ة)/الوالد(ة)/وليّ الأمر

التاريخ الشاهد

في هذا الوقت، لا أريد أن يُجرى عليّ اختبار العوز المناعي البشري (HIV).

التاريخ توقيع المريض(ة)/الوالد(ة)/وليّ الأمر

التاريخ الشاهد

*يرجى كتابة اسم الطبيب أو المنشأة الطبية التي ستستلم نتائج اختبار العوز المناعي البشري (HIV).

Original - FOR RECORDS

MDCH is an Equal Opportunity Employer,
Services and Programs Provider

تتوخى MDCH تكافؤ الفرص في التوظيف والخدمات والبرامج.

DCH-0675A-CF

Authority: P.A. 368/1978

MICHIGAN DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

(إدارة الصحة المجتمعية بميشيغان)

نموذج الموافقة

لإجراء اختبار وجود الأجسام المضادة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV)

لقد تمّ إعلامي أنه سيجرى على عينة دمي المستحصل عليها من وخز الأصبع أو سحبها من الوريد، أو عينة بولي، أو عينة فموية من فمي اختبار لوجود أجسام مضادة لفيروس العوز المناعي البشري، وهذا الفيروس هو المسبب لمرض الأيدز (AIDS).

وأقرّ أنه قام أحد بشرح هذا الاختبار لي، بما في ذلك استخداماته ومنافعه وحدوده ومعنى نتائجه.

لقد تمّ إعلامي أن نتائج اختبار العوز المناعي البشري (HIV) ستُحفظ بسرية ولن يتم الإفصاح عنها للغير دون الحصول على إذن خطي مني، باستثناء: _____* وكما هو مسموح به بموجب قانون الولاية.

وأدرك أنه لديّ الحق أن أجري هذا الاختبار بدون استخدام اسمي. وإذا كان طبيبي لا يخفي هوية المفحوص عند إعطاء هذا الفحص، فأدرك أنه يمكنني الحصول على هذا الاختبار بشكل تبقى هوية المفحوص مجهولة في أي مكان للاختبار والإرشاد المعني بفيروس العوز المناعي البشري (HIV) الذي تعتمد عليه إدارة الصحة المجتمعية بميشيغان.

وأفهم أنه لديّ الحق في سحب قبولي لإجراء هذا الاختبار في أي وقت قبل إتمام إجراءاته.

وأقرّ أنني تسلمت نسخة من منشور "What You Need to Know about HIV Testing" (الأشياء التي تحتاج إلى معرفتها عن اختبار HIV). وقد أتاحت الفرصة لي لأطرح أسئلة حول اختبار وجود الأجسام المضادة لفيروس العوز المناعي البشري (HIV) وأقرّ أنه تمت الإجابة على أسئلتي بشكل مقبول لي.

وبتوقيعي أدناه، أوافق على أن يُجرى عليّ اختبار العوز المناعي البشري (HIV).

التاريخ توقيع المريض(ة)/الوالد(ة)/ولي الأمر

التاريخ الشاهد

في هذا الوقت، لا أريد أن يُجرى عليّ اختبار العوز المناعي البشري (HIV).

التاريخ توقيع المريض(ة)/الوالد(ة)/ولي الأمر

التاريخ الشاهد

*يرجى كتابة اسم الطبيب أو المنشأة الطبية التي ستستلم نتائج اختبار العوز المناعي البشري (HIV).

Original - FOR CLIENT

MDCH is an Equal Opportunity Employer,
Services and Programs Provider

تتوخى MDCH تكافؤ الفرص في التوظيف والخدمات والبرامج.

DCH-0675A-CF

Authority: P.A. 368/1978