

হিউম্যান ইমুনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস (এইচ.আই. ভি) অ্যান্টিজেন এবং/অথবা এন্টিবডি

পরীক্ষার জন্য সম্মতির ফর্ম

আমাকে অবহিত করা হয়েছে যে, আমার হাতের আংগুল বা শিরা থেকে রক্তের যে-নমুনা, প্রস্রাবের নমুনা বা মুখ থেকে যে-নমুনা নেওয়া হয়েছে তা হিউম্যান ইমুনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস-এর অ্যান্টিজেন এবং/অথবা এন্টিবডির জন্য পরীক্ষা করা হবে, যে-ভাইরাসের কারণে এইডস রোগ হয়ে থাকে।

আমি ঘোষণা করছি যে, আমাকে এই পরীক্ষা সম্পর্কে ব্যাখ্যা করা হয়েছে, সে সাথে এর ব্যবহার, উপকারিতা, সীমাবদ্ধতা এবং পরীক্ষার ফলাফলের অর্থও ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

আমাকে অবহিত করা হয়েছে যে, এইচ.আই.ভি পরীক্ষার ফলাফল একটি গোপনীয় বিষয় এবং তা আমার লিখিত অনুমতি ছাড়া করো কাঙ্ছে প্রকাশ করা হবে না, তবে ব্যতিক্রম থাকবে: _____ *এর ক্ষেত্রে এবং স্টেটের আইন অনুযায়ী অনুমতির ক্ষেত্রে।

আমি জানি যে, আমার নাম ব্যবহার না করে এই পরীক্ষা করার অধিকার আমার রয়েছে। আমার ব্যক্তিগত চিকিৎসক যদি নাম গোপন রেখে পরীক্ষা না করে, আমি জানি যে আমি আমার নাম গোপন রেখে যে কোন 'মিশিগান ডিপার্টমেন্ট হেলথ এনড হিউম্যান সারভিস'-অনুমোদিত এইচ.আই.ভি কাউন্সেলিং এবং পরীক্ষার সাইটে তা করাতে পারব।

আমি জানি যে, পরীক্ষা সম্পন্ন করার আগে যে কোন সময় এই পরীক্ষার সম্মতি প্রত্যাহার করার অধিকার আমার থাকছে।

আমি ঘোষণা করছি যে, আমাকে "What You Need to Know about HIV Testing"(এইচ.আই.ভি পরীক্ষা সম্পর্কে আপনার কী কী জানা দরকার)" নামক প্রচার পত্রের কপি দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে এইচ.আই.ভি অ্যান্টিজেন এবং/অথবা এন্টিবডি পরীক্ষা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে এবং আমার সন্তুষ্টি অনুযায়ী আমি প্রশ্নের উত্তর পেয়েছি।

নিচে আমার স্বাক্ষর দ্বারা আমি এইচ.আই.ভি পরীক্ষা গ্রহণের সম্মতি দিচ্ছি।

স্বাক্ষর

তারিখ

আমি এখন হিউম্যান ইমুনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস-এর জন্য পরীক্ষা করাতে চাই না।

স্বাক্ষর

তারিখ

* যে চিকিৎসক বা হেলথ ফ্যাসিলিটি এইচ.আই.ভি পরীক্ষার ফলাফল গ্রহণ করবে অনুগ্রহ করে তার নাম লিখুন।

মূল - রেকর্ডের জন্য

হিউম্যান ইমুনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস (এইচ.আই. ভি) অ্যান্টিজেন এবং/অথবা এন্টিবডি পরীক্ষার জন্য সম্মতির ফর্ম

আমাকে অবহিত করা হয়েছে যে, আমার হাতের আংগুল বা শিরা থেকে রক্তের যে-নমুনা, প্রস্রাবের নমুনা বা মুখ থেকে যে-নমুনা নেওয়া হয়েছে তা হিউম্যান ইমুনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস-এর অ্যান্টিজেন এবং/অথবা এন্টিবডির জন্য পরীক্ষা করা হবে, যে-ভাইরাসের কারণে এইডস রোগ হয়ে থাকে।

আমি ঘোষণা করছি যে, আমাকে এই পরীক্ষা সম্পর্কে ব্যাখ্যা করা হয়েছে, সে সাথে এর ব্যবহার, উপকারিতা, সীমাবদ্ধতা এবং পরীক্ষার ফলাফলের অর্থও ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

আমাকে অবহিত করা হয়েছে যে, এইচ.আই.ভি পরীক্ষার ফলাফল একটি গোপনীয় বিষয় এবং তা আমার লিখিত অনুমতি ছাড়া কোনো কাছ প্রকাশ করা হবে না, তবে ব্যতিক্রম থাকবে: _____ *এর ক্ষেত্রে এবং স্টেটের আইন অনুযায়ী অনুমতির ক্ষেত্রে।

আমি জানি যে, আমার নাম ব্যবহার না করে এই পরীক্ষা করার অধিকার আমার রয়েছে। আমার ব্যক্তিগত চিকিৎসক যদি নাম গোপন রেখে পরীক্ষা না করে, আমি জানি যে আমি আমার নাম গোপন রেখে যে কোন 'মিশিগান ডিপার্টমেন্ট হেলথ এনড হিউম্যান সারভিস'-অনুমোদিত এইচ.আই.ভি কাউন্সেলিং এবং পরীক্ষার সাইটে তা করতে পারব।

আমি জানি যে, পরীক্ষা সম্পন্ন করার আগে যে কোন সময় এই পরীক্ষার সম্মতি প্রত্যাহার করার অধিকার আমার থাকছে।

আমি ঘোষণা করছি যে, আমাকে "What You Need to Know about HIV Testing" (এইচ.আই.ভি পরীক্ষা সম্পর্কে আপনার কী কী জানা দরকার) নামক প্রচার পত্রের কপি দেওয়া হয়েছে এবং আমাকে এইচ.আই.ভি অ্যান্টিজেন এবং/অথবা এন্টিবডি পরীক্ষা সম্পর্কে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে এবং আমার সন্তুষ্টি অনুযায়ী আমি প্রশ্নের উত্তর পেয়েছি।

নিচে আমার স্বাক্ষর দ্বারা আমি এইচ.আই.ভি পরীক্ষা গ্রহণের সম্মতি দিচ্ছি।

স্বাক্ষর

তারিখ

আমি এখন হিউম্যান ইমুনোডেফিসিয়েন্সি ভাইরাস-এর জন্য পরীক্ষা করতে চাই না।

স্বাক্ষর

তারিখ

* যে চিকিৎসক বা হেলথ ফ্যাসিলিটি এইচ.আই.ভি পরীক্ষার ফলাফল গ্রহণ করবে অনুগ্রহ করে তার নাম লিখুন।

মূল-ক্লায়েন্টের জন্য