សេចក្តីអនុញ្ញាតិឲ្យបញ្ចេញនូវសំណុំរឿងពេទ្យ, ចិត្តសាស្ត្រ, បញ្ហាសុរា, គ្រឿងញៀន, ពត៌មានដែលទាក់ទងនឹងរោគ អេចអោយវី HIV

ពត៌មានអ្នកជម្ងឺ៖

នាមអ្នកជម្ងឺ/អតិថិជន ____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត______________________________លេខសូស្យ៉ាល់__________________________

នាមដើម/នាមផ្សេងដែលធ្លាប់ប្រើពីមុន____

ថ្ងៃខែឆ្នាំព្យាបាល ដែលស្ថិតនៅក្រោមសេចក្តីអនុញ្ញាតិនេះ៖ ពី _______________ ដល់ _______________

សេចក្តីពន្យល់៖

សេចក្តីអនុញ្ញាតិនេះ បានធ្វើទៅតាមសេចក្តីតំរូវនៃច្បាប់របស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ ដែលគ្រប់គ្រងលើការបញ្ចេញ និងទទួលនូវពត៌មានសុខភាពនៃអ្នកជម្ងឺដែលគេបានរក្សាទុក (PHI) ។

សេចក្តីអនុញ្ញាតិ៖

ខ្ញុំអនុញ្ញាតិយល់ព្រមឲ្យ សេវាបំរើសុខភាពឥរិយាស្រុកសាន់វ៉ាគីន អាចបង្ហាញនូវពត៌មាននៅក្នុងសំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំ ដល់ពួកអ្នកដែលមាននាមដូចនៅខាងក្រោមនេះ, ពិតមែនតែពត៌មានទាំងនេះ ត្រូវបានរក្សាជាសម្ងាត់ ហើយមានឯកសិទ្ធិភាព។

អំពី :

ឈ្មោះ ____

អសយដ្ឋាន ____

ទីក្រុង,រដ្ឋ,លេខកូដ ____

ចំពោះ :

ឈ្មោះ ____

អសយដ្ឋាន ____

ទីក្រុង,រដ្ឋ,លេខកូដ ____

គោលបំណង៖

សូមបញ្ជាក់នូវមូលហេតុ ដែលសូមសំណុំរឿងនេះ សំណុំរឿងផ្ទាល់ខ្លួន បន្តការថែរក្សាសុខភាព ផ្សេងៗ (សូមពិពណ៌នា ឲ្យបានពិស្តា)____

____

ខ្ញុំមានបំណងចង់៖ មើល ☐ ចង់បានមួយច្បាប់ ចង់បានមួយច្បាប់សង្ខេប នៃសេចក្តីខាងក្រោមនេះ៖

<u>ពត៌មានដែលអាចនឹងត្រូវគេបញ្ចេញ៖</u>

ការបើកបង្ហាញ ត្រូវនៅក្នុងកំហិតលក្ខខ័ណ្ឌ ត្រឹមតែពត៌មានដូចខាងក្រោមនេះប៉ុណ្ណោះ។ សូមគូសនៅលើចំណុចណាដែលត្រូវ។

- គំរោងការប្រមាណ/ស្ទង់មើល/ព្យាបាល
- របាយការណ៍នៃមន្ទីរពិសោធន៍
- សំណុំរឿងសំរាកក្នុងពេទ្យ
- សំណុំរឿងទៅពិនិត្យពេទ្យ
- សំណុំរឿងសេវាបំរើពួកកុមារ (នៃអតិថិជនមនុស្សចាស់)
- សំណុំរឿងវិបត្តិ
- សំណុំរឿងគណនេយ្យ
- បញ្ជីថ្នាំពេទ្យចេញសំបុត្រឲ្យទិញ/ឱសថផ្សេងៗ
- លទ្ធផល ASAM
- លទ្ធផលនៃការធ្វើតែសគ្រឿងញៀន
- ផ្សេងៗ (សូមបញ្ជាក់)____

ក្រដាសភ្ជាប់មកជាមួយ ដែលត្រូវបំពេញ (សូមបញ្ជាក់ថាក្រដាសបំពេញណាមួយ)______________________

____

ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតិពិសេស ដើម្បីឲ្យបញ្ចេញនូវពត៌មានអ្វីក៏ដោយ ដែលទាក់ទងនឹង៖

- ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន
- ពត៌មានរោគអេដអាយវី HIV
- សុខភាពផ្លូវចិត្ត/ផ្លូវខួរក្បាល

<u>ករណីលើកលែង៖</u> ពត៌មានដែលលោកអ្នក ពុំចង់ឲ្យគេបញ្ចេញ (សូមបញ្ជាក់)៖ ______________________________

____

ខ្ញុំដឹងថា ពត៌មានទាំងនេះ ពុំអាចនឹងត្រូវបញ្ចេញបាន ដោយគ្មានការយល់ព្រមអនុញ្ញាតិពិសេសរបស់ខ្ញុំឡើយ, លើកលែងតែពេលមានការតម្រូវដោយច្បាប់, គឺថាកម្រិតលក្ខខ័ណ្ឌទាំងអស់ ដែលមាននៅក្នុងសេចក្ដីអនុញ្ញាតិនេះ គឺចំពោះការប្រើប្រាស់, បញ្ជូន, ឬបង្ហាញនូវពត៌មានទាំងឡាយ ដែលមានទាក់ទងនឹងសំណុំរឿងទាំងនេះ។

ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកសេចក្ដីអនុញ្ញាតិនេះចេញវិញ នៅក្នុងពេលណាក៏បាន។ ខ្ញុំដឹងថា បើសិនជាខ្ញុំដកសេចក្ដីអនុញ្ញាតិនេះចេញវិញ, ខ្ញុំត្រូវសរសេរជាលិខិត ហើយប្រគល់លិខិតដកសេចក្ដីអនុញ្ញាតិនេះ ទៅសេវាបំរើសុខភាពឥរិយាស្រុកសាន់វ៉ាគីន។

ខ្ញុំដឹងថា ការដកសេចក្ដីអនុញ្ញាតិនេះចេញវិញ ពុំមានទាក់ទងជាមួយនឹងពត៌មានដែលគេបានបញ្ចេញរួចទៅហើយ ស្របទៅតាមសេចក្ដីអនុញ្ញាតិនេះ នោះឡើយ។

<u>កាលបរិច្ឆេទហួសកំណត់៖</u>______________ (កាលបរិច្ឆេទ សូមកុំឲ្យលើសពីមួយឆ្នាំ)

សេចក្ដីអនុញ្ញាតិនេះ ហួសកំណត់ក្នុងកំឡុងពេលមួយឆ្នាំ ក្រោយពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខា លើកលែងតែមានបញ្ជាក់ផ្សេង។

San Joaquin County Behavioral Health Services ***Client Name***

File Under Correspondence ***BHS Client#***

បំរាមចំពោះការប្រើប្រាស់, បញ្ជូន, ឬបើកបង្ហាញសាជាថ្មី នូវពត៌មាន

លើកលែងតែក្នុងករណីតម្រូវឲ្យដោយច្បាប់រដ្ឋ ឬសហព័ន្ធ, ការបញ្ចេញពត៌មានឲ្យប្រើប្រាស់ ឬបើកបង្ហាញសាជាថ្មី ឬក៏បញ្ជូននូវពត៌មាននេះ ទៅឲ្យអ្នកណាម្នាក់ ឬអង្គភាពណាក៏ដោយ, ក្រៅអំពីសំរាប់គោលបំណងរដ្ឋ ត្រូវបានហាមឃាត់។ សេចក្តីអនុញ្ញាតិបន្ថែមជាលាយលក្ខអក្សរ ត្រូវតែបានសុំជាមុនសិន សំរាប់សំណូមប្រើប្រាស់ជាថ្មី ឬបើកបង្ហាញសាជាថ្មី ឬក៏បញ្ជូនពត៌មាននេះ។ ពត៌មាននៃសេចក្តីអនុញ្ញាតិ អាចនឹងត្រូវបើកបង្ហាញសាជាថ្មីបាន ដោយអ្នកដែលទទួល ហើយពុំស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់ទៀតឡើយ។

សិទ្ធិនៃអតិថិជន ចំពោះការទទួលសេចក្តីអនុញ្ញាតិមួយច្បាប់

ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិអាចទទួលសេចក្តីអនុញ្ញាតិដែលមានចុះហត្ថលេខានេះមួយច្បាប់ ហើយខ្ញុំចង់បានសេចក្តីនេះមួយច្បាប់។

បាទ/ចាស ទេ

ខ្ញុំដឹងថា ការអនុញ្ញាតិឲ្យប្រើប្រាស់ ឬបើកបង្ហាញនូវពត៌មាន ដែលមានរៀបរាប់ដូចខាងលើនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ សេវាបំរើសុខភាពឥរិយាស្រុកសាន់វ៉ាគីន ពុំមានដាក់លក្ខខ័ណ្ឌលើការព្យាបាល, ឲ្យលុយ, ចុះឈ្មោះ, ឬក៏បានទទួលនូវកំរៃអ្វីឡើយ ទោះបើខ្ញុំចុះឬពុំចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីអនុញ្ញាតិនេះ។

____ កាលបរិច្ឆេទ ____________________

ហត្ថលេខានៃអ្នកជម្ងឺ/អតិថិជន ឬអ្នកដំណាងតាមច្បាប់

បើសិនជាចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកដំណាងតាមច្បាប់/អាណាព្យាបាល, ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកជម្ងឺ____________________

សាក្សី____

ក្មេងក្រោមអាយុ៖ តាមច្បាប់សហព័ន្ធ ចំពោះសេចក្តីដែលទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន/គ្រឿងស្រវឹង ឬរោគអេចអាយវី/អេដស៍ HIV/AIDS គឺទាំងអ្នកជម្ងឺ/អតិថិជន ព្រមទាំងឪពុកម្តាយ, អ្នកអាណាព្យាបាលឬក៏អ្នកដែលច្បាប់រដ្ឋអនុញ្ញាតិឲ្យធ្វើជាដំណាង ត្រូវចុះហត្ថលេខាទាំងពីរនាក់។

ករណីលើកលែង៖ នៅកន្លែងណាដែលក្មេងក្រោមអាយុ អាចនឹងព្រមព្រៀងឲ្យគេព្យាបាលបាន ទៅតាមច្បាប់រដ្ឋ, នោះគ្រាន់តែក្មេងនោះចុះហត្ថលេខាប៉ុណ្ណោះ។