

Consumer Consent to Share Information

ໃບອະນຸຍາດ ໃຫ້ປັນໃຊ້ ຂໍ້ມູນ ຂອງຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ

To record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

ເພື່ອຄວາມສະດວກໃນການບັນທຶກຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ ທີ່ອະນຸຍາດ ໃຫ້ປັນໃຊ້ ຂໍ້ມູນ ແກ່ອົງການຈັດຕັ້ງ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ມີວັດຖຸປະສົງ ສະເພາະ.

Consumer

ຜູ້ໃຊ້ບໍລິການ

Name:

ຊື່:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

ວັນ/ເດືອນ/ປີ ເກີດ: / /

Sex:

ເພດ:

UR Number:

ນ້ຳເບີ UR:

or affix label here
ຫຼື ຕິດເຄື່ອງໝາຍ ຢູ່ນີ້

Section 1: Proposed Information Uses and Disclosures

ພາກທີ 1: ຂໍ້ມູນຕ່າງໆ ທີ່ຈະຖືກເອົາໄປນຳໃຊ້ ມີດັ່ງລຸ່ມນີ້

Service Type ການບໍລິການ	Name of Agency ຊື່ອົງການ	Type of Information (including limits as applicable) ຂໍ້ມູນຕົວຢ່າງ (ພ້ອມດ້ວຍຂອບເຂດຈຳກັດ ທີ່ເໝາະສົມ)	Purpose/s ເຫດຜົນ
Examples: - Physiotherapy - Specialist consultant ຕົວຢ່າງ: - ກາຍຍະບຳບັດ - ທີ່ປຶກສາຊຸຮວຊານ	Examples: - Any agency - Nominated clinic ຕົວຢ່າງ: - ອົງການຕ່າງໆ - ຄລິນິກ ທີ່ຖືກສເນີ	Examples: - All relevant information - Test results only ຕົວຢ່າງ: - ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ - ຜົນການກວດ	Examples: - Referral - Care coordination ຕົວຢ່າງ: - ສະເໜີນຳສິ່ງ - ປະສານງານ ການດູແລ

Consumer Consent to Share Information

Section 2: Record of Consumer Consent

ພາກທີ 2: ບັນທຶກ ຂອງການອະນຸຍາດ ຈາກຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ

2(a) Written Consumer Consent Or
 2(a) ອະນຸຍາດ ໂດຍລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື

2(b) Verbal Consumer Consent
 2(b) ອະນຸຍາດ ໂດຍປາກເປົ່າ

The worker/practitioner has discussed with me how and why certain information about me may be shared with other service providers. I understand this and I give my informed consent for the information to be shared as detailed above.

ພະນັກງານ/ນາຍແພດ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປຶກສາກັບຂະພະເຈົ້າ ແລ້ວ ວ່າ ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈະໄດ້ຖືກເອົາໄປ ບັນເຊີ ຕາມອົງການອື່ນໆ ແບບໃດ ແລະ ເພື່ອຫຍັງ. ຂ້າພະເຈົ້າ ເຂົ້າໃຈຕາມ ການແນະນຳ ແລະ ອະນຸຍາດໃຫ້ ບັນເຊີ ຂໍ້ມູນ ດັ່ງກ່າວຕາມ ທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ ຂ້າງເທິງນັ້ນ.

Signed: _____
 ລາຍເຊັນ: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /
 ວັນທີ: ວັນ/ເດືອນ/ປີ / /

Signed by:
 ເຊັນໂດຍ:
 Consumer OR
 ຜູ້ໃຊ້ບໍລິການ ຫຼື
 Authorised representative on behalf of:
 ຜູ້ຮັບຜິດຊອບຕາງ ຂອງ:

 (Consumer)

 (ຜູ້ໃຊ້ບໍລິການ)

Witnessed by:
ພິຍານ ໂດຍ:
 Signed: _____
 (Worker/Practitioner)
 ລາຍເຊັນ: _____
 (ພະນັກງານ/ນາຍແພດ)
 Dated: dd/mm/yyyy / /
 ວັນທີ: ວັນ/ເດືອນ/ປີ / /
 Worker/Practitioner Name:
 ຊື່ ພະນັກງານ/ນາຍແພດ:
 Position:
 ຕຳແໜ່ງ:

Worker/Practitioner Use Only
 ສຳລັບ ພະນັກງານ/ນາຍແພດ ໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ

Verbal consent should only be used where it is not practicable to obtain written consent.
 ໃຊ້ອະນຸຍາດ ໂດຍປາກເປົ່າໄດ້ກໍຕໍ່ເມື່ອ ບໍ່ສາມາດເອົາ ອະນຸຍາດ ເປັນລາຍລັກອັກສອນໄດ້.

I have discussed with the consumer/consumer's authorised representative how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປຶກສາ ກັບຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ ຫຼື ຜູ້ຮັບຜິດຊອບຕາງ ວ່າຂໍ້ມູນ ບາງຢ່າງ ຂອງ ຜູ້ກ່ຽວ ຈະໄດ້ຖືກເອົາໄປບັນເຊີກັບ ອົງການບໍລິ ການອື່ນໆ ແບບໃດ ແລະ ເພື່ອຫຍັງ. ຂ້າພະເຈົ້າມີ ຄວາມພໍໃຈທີ່ຜູ້ກ່ຽວ ເຂົ້າໃຈ ແລະ ອະນຸຍາດ ໃຫ້ບັນເຊີ ຂໍ້ມູນ ຕາມທີ່ ໃຫ້ໄປ ຂ້າງເທິງນັ້ນ.

Signed: _____
 (Worker/Practitioner)
 ລາຍເຊັນ: _____
 (ພະນັກງານ/ນາຍແພດ)
 Dated: dd/mm/yyyy / /
 ວັນທີ: ວັນ/ເດືອນ/ປີ / /
 Worker/Practitioner Name:
 ຊື່ ພະນັກງານ/ນາຍແພດ:
 Position:
 ຕຳແໜ່ງ:

To ensure the consumer/consumer's authorised representative is able to make an informed decision about consent to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should: (tick when completed)

ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າ ຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ ຫຼື ຜູ້ຮັບຜິດຊອບຕາງ ເຂົ້າໃຈ ກ່ຽວກັບການອະນຸຍາດ ໃຫ້ບັນເຊີຂໍ້ມູນ ດັ່ງລາຍ ລະອຽດ ຕາມຂ້າງເທິງນັ້ນ, ພະນັກງານ / ນາຍແພດ ຄວນ: (ຖາມ ແລະ ໝາຍຄຳຖາມ ຂ້າງລຸ່ມນີ້)

1. Discuss with the consumer the proposed referral to other services/agencies
1. ປຶກສາກັບຜູ້ທີ່ມາໃຊ້ບໍລິການ ກ່ຽວກັບການ ບັນເຊີຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ ໃຫ້ແກ່ ໜ່ວຍບໍລິການ/ອົງການບໍລິການ ອື່ນໆ
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed
2. ອະທິບາຍໃຫ້ຮູ້ວ່າ ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ ຈະໄດ້ຖືກເອົາໄປບັນເຊີ ກັບ ໜ່ວຍບໍລິການ/ອົງການບໍລິການ ຖ້າຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ ອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ໄດ້ ແລະ ເມື່ອສະເໜີນຳສິ່ງ, ແນະນຳໃຫ້ຮູ້ອີກວ່າ ຖ້າຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ ຫາກບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ ການບໍລິການກໍຍັງຈະດຳເນີນຕາມປົກກະຕິ
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure 'Your Information – It's Private'
3. ມອບໜັງສື ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນ ຄວາມລັບສ່ວນຕົວ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ, ເຊັ່ນໜັງສື 'ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ - ເປັນຄວາມລັບສ່ວນຕົວ'
4. Provide the consumer with a copy of this form if requested (see guidelines) once completed
4. ມອບໜັງສືສຳເນົານີ້ ໃຫ້ແກ່ຜູ້ມາໃຊ້ບໍລິການ ຖ້າຫາກຜູ້ກ່ຽວຮ້ອງຂໍ ເມື່ອເວລາເຮັດແລ້ວ (ເບິ່ງຕາມ ກົດລະບຽບ)

This information collected by: _____ CCSI Page 2 of 2

Name: _____ Position/Agency: _____

Sign: _____ Date: dd/mm/yyyy / / Contact number: _____