

# Consent to share information

## အကြောင်းအချက်အလက်ကို ဝေမျှရန် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးခြင်း

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

ရည်ရွယ်ချက် - သီးခြားကိစ္စ/များ အတွက် သီးခြား အေဂျင်စီရုံး/များ သို့ မိမိတို့၏ အကြောင်းအချက်အလက်များ ကို ဝေမျှရန် ဖောက်သည် က လွတ်လွတ်လပ်လပ်ပေးသည့် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို မှတ်တမ်းတင်ရန်

### Consumer

#### ဖောက်သည်

Name:

အမည်-

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

မွေးနေ့သက္ကရာဇ်- ရက်--/လ--/နှစ် / /

Sex:

လိင်-

UR Number:

UR နံပါတ်-

or affix label here  
သို့မဟုတ် ကဗျည်းစာတန်း ကို ဤနေရာတွင်ကပ်ပါ

Consent to Share Information အကြောင်းအချက်အလက်ကို ဝေမျှရန် သဘောတူခွင့်ပြုပေးခြင်း

## Section 1: Personal/health information to be shared

### အခန်း 1- ဝေမျှမည့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ/ကျန်းမာရေး အချက်အလက်

Service Type ဝန်ဆောင်မှု အမျိုးအစား Examples: - Physiotherapy - counseling ဥပမာများ- - ကိုယ်ကာယနှိပ်နယ်ပေးခြင်း - ဆွေးနွေးအကြံပေးကုစားခြင်း	Name of Agency အေဂျင်စီရုံး၏ အမည် Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council ဥပမာများ- - စတော်ဘယ်ရီ အသိုင်းအဝိုင်းကျန်းမာရေး စင်တာ - ဘလူးဘယ်ရီ မြို့ ကောင်စီ	Type of Information အကြောင်းအချက်အလက် အမျိုးအစား Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer ဥပမာများ- - သက်ဆိုင်သည့် အကြောင်းအချက်အလက်များ အားလုံး - ဖောက်သည်ပြောသည့် ချွင်းချက်များ	Purpose/s ရည်ရွယ်ချက်/များ Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care ဥပမာများ- - ရည်ညွှန်းလွှဲပို့မှု - ပူးတွဲစောင့်ရှောက်ရေး/အမှု စီမံကိန်း - ဖောက်သည်၏ကုသစောင့်ရှောက်မှုတွင် ပါဝင်သည့် ဝန်ဆောင်မှုများအား အကြောင်းကြားခြင်း

## Section 2: Record of consent

### အခန်း 2- သဘောတူခွင့်ပြုချက် ကို မှတ်တမ်းတင်ခြင်း

**Written consumer consent**

**စာဖြင့်ရေးသားထားသည့် ဖောက်သည် သဘောတူခွင့်ပြုချက်**

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

အထက်ပါအတိုင်း ဝန်ထမ်း/ပညာရှင် သည် ကျွန်ုပ်နှင့်ပတ်သက် သည့် အကြောင်းအချက်အလက် ကို မည်ကဲ့သို့ နှင့် အဘယ်ကြောင့် အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူများအား ဝေမျှရ ကြောင်း ကျွန်ုပ်နှင့်ဆွေးနွေး ခဲ့ပါသည်။ ဤကိစ္စကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပြီး အကြောင်းအချက်အလက် ကို ဝေမျှရန်အတွက် ကျွန်ုပ် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။

Signed: \_\_\_\_\_

လက်မှတ်ရေးထိုးပြီး - \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / /

ရက်စွဲ (ရက်--/လ--/နှစ်----) / /

or  
သို့မဟုတ်

- Verbal consumer consent**
- ဖောက်သည်မှ နတ်ဖြင့်ပေးသည့် သဘောတူခွင့်ပြုချက်**

*I have discussed with the consumer 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.*

ကျွန်ုပ်တို့သည် ဖောက်သည်နှင့် အကြောင်းအချက်အလက် ကို မည်ကဲ့သို့ နှင့် အဘယ်ကြောင့် အခြားဝန်ဆောင်မှုပေးသူများ သို့ ဝေမျှကြောင်း ဆွေးနွေးခဲ့ပါသည်။ ဤကိစ္စကို နားလည်ကြောင်း နှင့် အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည့် အတိုင်း အကြောင်းအချက်အလက်ကို ဝေမျှရန်အတွက် သိရှိပြီးပေး သည့်သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို ပေးအပ်ခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ ကျေနပ်ပါသည်။

or  
သို့မဟုတ်

- Consumer does not have the capacity to provide consent**
- ဖောက်သည် သည် သဘောတူခွင့်ပြုချက် ကိုပေးအပ်ရန် အနေအထား မရှိပါ**

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(၎င်းမှာ ဘယ်အရာကိုခွင့်ပြုချက်ပေးနေကြောင်းသဘောတရား သို့မဟုတ် နောက်ဆက်တွဲအကြောင်းများ ကို သူတို့နားမလည် ပါ)

- Consent given by authorised representative \_\_\_\_\_  
(name of authorised representative)
- သဘောတူခွင့်ပြုချက် ကို အခွင့်အာဏာရကိုယ်စားပြုသူ က ပေးသည် \_\_\_\_\_  
(အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားပြုသူ၏ အမည်)
- There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001\* will be shared as set out in the Health Records Act
- အခွင့်အာဏာရကိုယ်စားပြုသူ မရှိ သို့မဟုတ် ဆက်သွယ်၍မရ- ထို့ကြောင့် အကြောင်းအရာအချက်အလက်များကို ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများ အက်ဥပဒေ 2011\* အရ ဝေမျှမည်ဖြစ်သည်။

*\*If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

*\*အကယ်၍ သဘောတူခွင့်ပြုချက် ကို အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားပြုသူ ထံမှရယူရန် မဖြစ်နိုင်လျှင် သို့မဟုတ် အခွင့်အာဏာရကိုယ်စားပြုသူ မရှိလျှင် ကျန်းမာရေး အကြောင်းအချက်အလက်များကို ကျန်းမာရေး မှတ်တမ်းများ အက်ဥပဒေ 2011 အရဖော်ပြထားသည့်အခြေအနေတွင် ဝေမျှနိုင်ပါသေးသည်။ ၎င်းတွင် အကြောင်းအချက်အလက် ဝေမျှမှု ကို ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူက ဆောင်ရွက်ပြီး ကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုအတွက် သင့်တင့်လျောက်ပတ်စွာဖြင့် လိုအပ်သည့်အခါ သို့မဟုတ် ပြဌာန်းဥပဒေအရ လိုအပ်သည့်အခါ တို့ပါဝင်ပါသည်။*

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

အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း အကြောင်းအချက်အလက် ဝေမျှရန် သဘောတူခွင့်ပြုခြင်း အတွက် ဖောက်သည်၏ အခွင့်အာဏာရကိုယ်စားပြုသူက သိရှိပြီးသော ဆုံးဖြတ်ချက်ကိုချန်ရန် ကို သေချာစေရန် ဝန်ထမ်း/ပညာရှင်သည် (ပြီးဆုံးချိန်၌ အမှန်ဖြစ်ပါ)-

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. အခြား ဝန်ဆောင်မှုများ/အေဂျင်စီများ သို့ ကမ်းလှမ်းထား သည့် အကြောင်းအချက်အလက် ဝေမျှခြင်းကို ဖောက်သည်နှင့် ဆွေးနွေးပါ
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. အကယ်၍ ဖောက်သည်က သဘောတူခဲ့လျှင် ဖောက်သည်၏ အကြောင်းအချက်အလက်များကို ဤဝန်ဆောင်မှုများ/အေဂျင်စီများ နှင့်သာလျှင် ဝေမျှမည် ဖြစ်ကြောင်းရှင်းပြပါ ၎င်းပြင် ရည်ညွှန်းလွှဲသည့်အခါ အကယ်၍ ဖောက်သည်က အကြောင်းအချက်အလက် ဖော်ပြခြင်းကို မလိုလားလျှင်ပင် ရည်ညွှန်းလွှဲမှုကို လုပ်နိုင်သေးသည် ဖြစ်ကြောင်းပြောပြပါ။
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. ဖောက်သည်အား လက်ကမ်းစာစောင် Your Information – It's Private ကဲ့သို့သော ကိုယ်ရေးကိုယ်တာသီးခြားရှိမှု အချက်အလက် ကိုပေးအပ်ပါ
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. ပြီးဆုံးသည်နှင့်တစ်ပြိုင်နက်တည်း ဖောက်သည်အား ဤပုံစံမိတ္တူ တစ်ခုကိုပေးပါ။

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
ဗစ်တိုးရီးယား ကျန်းမာရေးဌာန မှ ထုတ်ဝေသည် ၊ 2012 ခုနှစ်

Consent obtained/witnessed by: သဘောတူခွင့်ပြုချက် ရရှိပြီး/သက်သေလုပ်သူ-		<b>CSI Page 1 of 1</b>
Name: အမည်-	Position/Agency: ရာထူး/အေဂျင်စီရုံး -	
Sign: လက်မှတ်-	Date: dd/mm/yyyy / / ရက်စွဲ - ရက်/လ/နှစ် / /	Contact number: ဆက်သွယ်မည့် ဖုန်းနံပါတ်-