

# Consent to share information

## แบบฟอร์มการให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูล

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

วัตถุประสงค์ : ใช้สำหรับบันทึกการให้ความยินยอมของผู้บริโภค เพื่อยอมให้เปิดเผยข้อมูลของพวกเขาต่อหน่วยงานเฉพาะ/เพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ

### Consumer

#### ผู้บริโภค

Name:

ชื่อ

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

วัน เดือน ปี เกิด / /

Sex:

เพศ

UR Number:

หมายเลขผู้ป่วย

or affix label here  
หรือปิดฉลากที่นี่

Consent to Share Information แบบฟอร์มการให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูล

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

### ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลสุขภาพที่เปิดเผยได้

Service Type ชนิดของบริการ	Name of Agency ชื่อหน่วยงาน	Type of Information ชนิดของข้อมูล	Purpose/s ความมุ่งหมาย
Examples: - Physiotherapy - counseling ตัวอย่าง - กายภาพบำบัด - การให้คำปรึกษา	Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council ตัวอย่าง - ศูนย์สุขภาพชุมชนสตรอว์เบอร์รี - เทศบาลเมืองบลูเบอร์รี	Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer ตัวอย่าง : - ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด - ยกเว้นตามที่ระบุไว้โดยผู้บริโภค	Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care ตัวอย่าง - การส่งต่อผู้ป่วย - การแบ่งปันแผนการดูแล/กรณี - การแจ้งเกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่รวมอยู่ในการดูแลของผู้บริโภค

## Section 2: Record of consent

### ส่วนที่ 2 : บันทึกการให้ความยินยอม

**Written consumer consent**

**การยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรของผู้บริโภค**

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.

พนักงาน/เจ้าหน้าที่ได้ปรึกษากับข้าพเจ้าแล้ว ว่าเพราะเหตุใดและทำไมอาจต้องมีการเปิดเผยข้อมูลบางประการที่เกี่ยวกับข้าพเจ้าให้แก่ผู้ให้บริการจากหน่วยงานอื่น ดังที่กล่าวไว้ในข้างต้น ข้าพเจ้าเข้าใจในเรื่องนี้ และให้ความยินยอมต่อการเปิดเผยข้อมูลนี้

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

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / /

วัน เดือน ปี / /

or  
หรือ

**Verbal consumer consent**

**การยินยอมโดยวาจาของผู้บริโภค**

*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.*

*ข้าพเจ้าได้ปรึกษากับผู้บริโภคแล้ว ว่าเพราะเหตุใดและทำไมอาจต้องมีการเปิดเผยข้อมูลบางประการให้กับผู้ให้บริการจากหน่วยงานอื่น ข้าพเจ้าพอใจว่า เรื่องนี้เป็นที่เข้าใจแล้ว และได้มีการให้ความยินยอมต่อการเปิดเผยข้อมูล ดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ในข้างต้น*

or  
หรือ

**Consumer does not have the capacity to provide consent**

**ผู้บริโภคไม่สามารถให้ความยินยอมได้**

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

(กรณีนี้ หมายถึง พวกเขาไม่เข้าใจในสิ่งที่พวกเขากำลังจะให้ความยินยอม หรือเรื่องของผลที่จะตามมา)

Consent given by authorised representative \_\_\_\_\_

(name of authorised representative)

ความยินยอมที่ให้โดยตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจแล้ว \_\_\_\_\_

(ชื่อของตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจแล้ว)

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001\* will be shared as set out in the Health Records Act

ไม่มีตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ หรือไม่สามารติดต่อกับพวกเขาได้ ดังนั้น ข้อมูลนี้จะถูกเปิดเผยได้ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการบันทึกข้อมูลสุขภาพ 2001\* (Health Records Act 2001)

*\*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.*

*\*หากไม่สามารถติดต่อเพื่อขอความยินยอมจากตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจตามความเป็นไปได้ที่สมเหตุสมผลอันควรแล้ว หรือผู้บริโภคไม่มีตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ ข้อมูลทางสุขภาพยังสามารถเปิดเผยได้ภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการบันทึกข้อมูลสุขภาพ 2001\* (Health Records Act 2001) ซึ่งรวมการเปิดเผยข้อมูลที่บันทึกโดยผู้ให้บริการด้านสุขภาพรายใดรายหนึ่ง และมีเหตุผลอันควรสำหรับการให้บริการด้านสุขภาพ หรือตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้*

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):

เพื่อให้แน่ใจว่า ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้บริโภค สามารถตัดสินใจได้ เกี่ยวกับการให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูล ดังรายละเอียดที่กล่าวไว้ในข้างต้น พนักงาน/เจ้าหน้าที่ควรจะ (กาเครื่องหมายเมื่อทำเสร็จแล้ว)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies

1. ปรึกษากับผู้บริโภค เรื่องการส่งตัวให้กับบริการ/หน่วยงานอื่นๆ ที่แนะนำ

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. อธิบายว่า จะเปิดเผยข้อมูลของผู้บริโภคให้กับบริการ/หน่วยงานเหล่านั้นก็ต่อเมื่อผู้บริโภคตกลงแล้วเท่านั้น และเมื่อมีการส่งตัว แนะนำว่าการส่งตัวไปรับบริการนั้นๆ จะยังคงดำเนินต่อไปได้ แม้ว่าผู้บริโภคจะไม่ต้องการให้เปิดเผยข้อมูลก็ตาม

3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private

3. ให้ข้อมูลแก่ผู้บริโภคเกี่ยวกับเรื่องความเป็นส่วนตัว เช่น แผ่นพับ "ข้อมูลของท่าน – เป็นความลับส่วนตัว"

4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.

4. มอบสำเนาของแบบฟอร์มนี้แก่ผู้บริโภค เมื่อได้กรอกข้อมูลเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
ผลิตโดย กระทรวงสุขภาพรัฐวิกตอเรีย 2012

Consent obtained/witnessed by:  
ได้รับความยินยอม/เป็นพยานโดย

Name:  
ชื่อ :

Position/Agency:  
ตำแหน่ง/หน่วยงาน :

Sign:  
ลงชื่อ :

Date: dd/mm/yyyy / /  
วัน เดือน ปี / /

CSI Page 1 of 1  
CSI หน้า 1 จาก 1 หน้า

Contact number:  
หมายเลขติดต่อ :