

Consent to share information

தகவல் பகிர்ந்து
கொள்வதற்கான
ஒப்புதல்

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

நோக்கம்: ஓர் குறிப்பிட்ட நோக்கம்/நோக்கங்கள், குறிப்பிட்டதோர் முகமை/முகமைகள் தங்களது தகவல்களைப் பகிர்ந்துகொள்வதற்காக, இலவசமாகக் கொடுக்கப்படுகிற தகவலளிக்கப்பட்ட நுகர்வோர் ஒப்புதலைப் பதிவு செய்தல்.

Consumer

நுகர்வோர்

Name:

பெயர்:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

பிறந்த தேதி: நாள்/மாதம்/வருடம் / /

Sex:

பாலினம்:

UR Number:

UR இலக்கம்:

or affix label here

அல்லது இங்கு பெயர் சீட்டை ஒட்டவும்

Section 1: Personal/health information to be shared

பிரிவு 1: பகிர்ந்து கொள்வதற்கான தனிப்பட்ட/உடல்நலத் தகவல்கள்

Service Type சேவையின் வகை Examples: – Physiotherapy – counseling உதாரணங்கள்: – உடற்சிகிச்சை – ஆலோசனை	Name of Agency முகவர் நிலையத்தின் பெயர் Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council உதாரணங்கள்: – ஸ்ட்ராபெர்ரி சர்க்கார மையம் – புளூபெர்ரி நகர் மன்றம்	Type of Information தகவல்களின் வகை Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer உதாரணங்கள்: – சகல தகுந்த தகவல்கள் – நுகர்வோர் தெரிவித்த விதிவிலக்குகள்	Purpose/s நோக்கம்/கள் Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care உதாரணங்கள்: – பரிந்துரைகள் – பகிர்ந்து கொண்ட கவனிப்பு: வழக்குத் திட்டமிடுதல் – நுகர்வோரின் கவனிப்பில் பங்கேற்றுக் கொள்கிற தகவல் சேவைகள்

Section 2: Record of consent

பகுதி 2: ஒப்புதல் பதிவு

Written consumer consent
 நுகர்வோரின் எழுத்துமுலமான ஒப்புதல்
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.

மேலுள்ளபடி, என்னைப் பற்றிய ஒருசில தகவல்கள் எப்படி மற்றும் ஏன் மற்ற சேவை வழங்குநர்களோடு பகிர்ந்து கொள்ளப்படலாம் என்பதைக் குறித்து பணியாளர்/பயிற்சியாளர் என்னோடு கலந்தாலோசித்திருக்கிறார். இதனை நான் புரிந்து கொண்டு, தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்வதற்கான எனது ஒப்புதலைக் கொடுக்கிறேன்.

Signed: _____

கையொப்பமிடப்பட்டது: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /
தேதி (நாள்/மாதம்/வருடம்): / /

or
அல்லது

Verbal consumer consent

வார்த்தை மூலமான ஒப்புதல்

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.

சில தகவல்கள் எவ்வாறு, ஏன் ஏனைய சேவை வழங்குநர்களுடன் பகிர்ந்து கொள்ளப்படலாம் என்பதை, நுகர்வோரிடம் நான் கலந்துரையாடினேன். இது புரிந்துகொண்டுள்ளதையிட்டு நான் திருப்தியடைகின்றேன் அத்துடன் மேலே குறிப்பிடப்பட்ட விதத்தில் தகவல்கள் பகிர்ந்துகொள்ளப்படுவதற்காக தகவலளிக்கப்பட்ட ஒப்புதல் வழங்கப்பட்டுள்ளது.

or

அல்லது

Consumer does not have the capacity to provide consent

ஒப்புதலைக் கொடுப்பதற்கான திறன், நுகர்வோருக்கு இல்லை

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

(அதாவது, அவர்கள் எதற்கு ஒப்புதலளிக்கிறார்கள் என்பதன் தன்மையை அல்லது அதன் பின் விளைவுகளை அவர்கள் புரிந்து கொள்ளவில்லை)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி கொடுக்கிற ஒப்புதல் _____

(அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதியின் பெயர்)

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

அதிகாரமளிக்கும் பிரதிநிதி என்று யாருமில்லை அல்லது அவர்களைத் தொடர்பு கொள்ள முடியவில்லை; ஆகவே, சுகாதாரப் பதிவுகள் சட்டம் 2001* (Health Records Act 2001*)-ல் குறிப்பிட்டுள்ளபடி, தகவல்கள் பகிர்ந்து கொள்ளப்படும்.

**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.*

*அதிகாரமளிக்கப்பட்ட ஒரு பிரதிநிதியிடமிருந்து ஒப்புதலைப் பெறுவது, நியாயமான அளவிற்கு நடைமுறையில் சாத்தியமில்லை என்கிற பட்சத்தில், அல்லது நுகர்வோருக்கு அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி என்று ஒருவர் இல்லாத பட்சத்தில், சுகாதாரப் பதிவுகள் சட்டம் 2001 (Health Records Act 2001)-ல் குறிப்பிட்டுள்ள சூழ்நிலைகளில், அப்போதும் தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்ள முடியும். இதில், தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்வது சுகாதார சேவை வழங்குநரால் செய்யப்படுகிற நிலைகளும், மேலும் அப்படிப் பகிர்ந்து கொள்கிற நிலைகளும், சுகாதாரச் சேவையை வழங்குவதற்கு நியாயமான அளவிற்கு அவசியமாகிற நிலைகளும் அடங்குகிறது.

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):

மேலே விவரித்தபடி, தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்வதற்கு ஒப்புதல் அளிப்பது குறித்து ஓர் தகவலளிக்கப்பட்ட முடிவை, நுகர்வோரின் அதிகாரமளிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி எடுக்க முடியும் என்பதை உறுதி செய்து கொள்வதற்காக, பணியாளர்/பயிற்சியாளர் செய்ய வேண்டியது (நிறைவு செய்ததும் குறியிடுங்கள்):

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

1. ஏனைய சேவை/முகவர் நிலையங்களுக்கு வழங்கப்படக்கூடிய உத்தேச சிபாரிசுகள் பற்றி நுகர்வோரிடம் கலந்துரையாடவும்

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. நுகர்வோர் ஒப்புக் கொண்டால் மட்டுமே நுகர்வோரின் தகவல்கள் இத்தகைய சேவைகளுடன்/முகவர்களுடன் பகிர்ந்துகொள்ளப்படும் என்பது பற்றியும், நுகர்வோர் தனது தகவல் வெளிப்படுத்தப்பட ஒப்புக் கொள்ளாவிட்டாலும்கூட, சேவைக்கான சிபாரிசு தொடர முடியும் என்பது பற்றியும் விளக்கமளிக்கவும்

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

3. உங்கள் தகவல் - இது அந்தரங்கமானது - என்ற கையிதழைப் போன்று, அந்தரங்கம் குறித்த தகவல்களை நுகர்வோருக்கு வழங்குங்கள்

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

4. நிறைவு செய்ததும், இப்படிவத்தின் நகல் ஒன்றை நுகர்வோருக்கு வழங்குங்கள்.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
தயாரித்தது, விக்டோரியன் சுகாதாரத் துறை, 2012

Consent obtained/witnessed by:

ஒப்புதலைப் பெற்றவர்/சாட்சியிட்டவர்:

Name:

பெயர்:

Sign:

கையொப்பம்:

Position/Agency:

பதவி/முகமை:

Date: dd/mm/yyyy / /

தேதி: நாள்/மாதம்/வருடம் / /

CSI Page 1 of 1

CSI பக்கம் 1/1

Contact number:

தொடர்பு எண்: