

Consent to share information

Համաձայնություն տեղեկություններ տրամադրելու համար

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

Նպատակը՝ գրանցել տվյալ իրազեկված սպառողի համաձայնությունը՝ իր տեղեկությունները որոշակի նպատակով/ներով կոնկրետ գործակալությանը/ներին տրամադրելու մասին:

Consumer

Սպառող.

Name:

Անուն.

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Ծննդեան թուական. օր/ամիս/տարի / /

Sex:

Սեռ.

UR Number:

UR Թիվ.

or affix label here

Կամ այստեղ փակցուցեք պիտակը

Consent to Share Information Համաձայնություն տեղեկություններ տրամադրելու մասին

Section 1: Personal/health information to be shared

Բաժին 1՝ Անձնական/առողջության մասին տեղեկություններ

Service Type Ծառայութեան տեսակ Examples: – Physiotherapy – counseling Օրինակներ – Բնաբուժություն – խորհրդատվություն	Name of Agency Գործակալութեան անուն Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Օրինակներ – Մթորեբրի համայնքի առողջապահության կենտրոն – Բլուբերի քաղաքի խորհուրդ	Type of Information Տեղեկութեան տեսակ Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Օրինակներ՝ – Բոլոր առնչուած տեղեկութիւնները – բացառությունները սահմանվում են սպառողի կողմից	Purpose/s Նպատակ/ներ Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer’s care Օրինակներ – Յանձնարարական – խնամքի/անձնական գործի ընդհանուր պլանավորում – սպառողի խնամքին մասնակցող ծառայություններին տեղեկությունների տրամադրում

Section 2: Record of consent

Բաժին 2՝ Համաձայնության ամրագրում

Written consumer consent

Սպառողի Գրաւոր Հաւանութիւն

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.

Աշխատակիցը ինձ հետ քննարկել է, թե ինչպես և ինչու իմ մասին որոշ տեղեկություններ կարող են տրամադրվել այլ ծառայություն մատուցողներին, ինչպես նշված է վերևում: Ես հասկանում և տալիս եմ իմ համաձայնությունը սույն տեղեկությունները համապատասխան կողմերին տրամադրելու համար:

Signed: _____

Ստորագրութիւն

Dated: dd/mm/yyyy / /

Թուական. օր/ամիս/տարի / /

or կամ

Verbal consumer consent

Սպառողի Բանառք Հաւանութիւն

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.

Ես քննարկել եմ սպառողի հետ, թե ինչպէս և ինչու որոշ տեղեկություններ կարող են տրամադրվել այլ ծառայություն մատուցողներին: Ես գոհ եմ, որ վերջինս հասկացավ քննարկվածը և գիտակցված համաձայնություն տվեց իր մասին տեղեկությունները այլ կողմերին տրամադրելու մասին, ինչպէս նշված է վերևում:

or
կամ

Consumer does not have the capacity to provide consent

Սպառողն ի վիճակի չէ համաձայնություն տալու:

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

(այսինքն՝ նրանք չեն գիտակցում թե, ինչի համար են համաձայնություն տալիս կամ որոնք կարող են լինել հետևանքները):

Consent given by authorised representative _____
(name of authorised representative)

Համաձայնությունը տրվել է լիազորված ներկայացուցչի կողմից: _____
(լիազորված ներկայացուցչի անունը)

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

Չկա լիազորված ներկայացուցիչ կամ նրանց հետ չի հաջողվել կապ հաստատել. Ուստի, տեղեկությունները կտրամադրվեն ըստ 2001թ.-ի առողջության վերաբերյալ տեղեկություններ տրամադրելու մասին օրենքի:*

**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.*

**Եթե գործնականում հնարավոր չէ լիազորված ներկայացուցչի կողմից համաձայնություն ստանալ կամ եթե սպառողը լիազորված ներկայացուցիչ չունի, ապա առողջության վերաբերյալ տեղեկությունները կարող են տրամադրվել ըստ 2001թ.-ի օրենքում ամրագրված կետերի:Սա վերաբերում է այն դեպքերին, երբ տեղեկությունը տրամադրվում է առողջապահության ծառայություն մատուցողի կողմից և եթե առողջապահական ծառայության մատուցումը զգալիորեն կախված է այդ տեղեկության տրամադրումից և կամ եթե այդպես է պահանջում օրենքը:*

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):

Որպեսզի երաշխավորենք, որ սպառողի լիազորված ներկայացուցիչը կարող է գիտակցված որոշում կայացնել տեղեկություններ տրամադրելու մասին համաձայնություն տալու վերաբերյալ, ինչպէս նշված է վերևում, աշխատակիցը պետք է՝ (նշել լրացնելուց հետո)

- 1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
- 1. Քննարկել սպառողի հետ տեղեկությունը այլ ծառայություններու/գործակալություններու հետ բաժնելու մասին
- 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. Բացատրել որ սպառողի տեղեկությունը միայն պիտի բաժնուի այս ծառայություններու/գործակալություններու հետ եթե ինք համաձայնած է եւ, յանձնարարելու ժամանակ, բացատրել թէ ծառայութեան համար յանձնարարութիւնը կրնայ տրուիլ եթէ նոյնիսկ սպառողը չհաւանի որ տեղեկութիւնը բացայայտուի:
- 3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It’s Private
- 3. Սպառողին տեղեկություն տրամադրել անձնական տվյալների գաղտնիության մասին, օրինակ՝ “Ձեր տեղեկությունը, Ձեր գաղտնիքն է” բրոշյուրը: Ձեր տեղեկությունը – Ձեր գաղտնիքն է:
- 4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
- 4. Սպառողին տրամադրեք այս ձևաթղթի մի օրինակ այն լրացնելուց հետո:

Produced by the Victorian Department of Health, 2012

Արտադրված է Վիկտորիա նահանգի առողջապահության վարչության կողմից, 2012թ.

Consent obtained/witnessed by:
Համաձայնությունը տրվել է/
դրան ակնատես է եղել

Name:
Անուն

Sign:
Ստորագրություն

Position/Agency:
Պաշտոն/Գործակալություն

Date: dd/mm/yyyy / /
Ամսաթիվ: օր/ամիս/տարի / /

CSI Page 1 of 1
1-ն էջանոց
փաստաթղթի 1-ին էջը

Contact number:
Կոնտակտային համար