

**Consumer**

مصرف کننده

Name:

نام:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

تاریخ تولد: روز/ماه/سال / /

Sex:

جنسیت:

UR Number:

شماره UR:

or affix label here  
یا چسبک را در اینجا بچسبانید

**Consent to share information**

رضایت برای به اشتراک گذاشتن معلومات

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

هدف: ثبت آزادانه و آگاهانه رضایت نامه مصرف کننده برای به اشتراک گذاشتن معلومات با سازمان/های خاص برای هدف/های خاص

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

بخش 1: معلومات شخصی / صحی به اشتراک گذاشته شده

Purpose/s هدف / ها	Type of Information نوع معلومات	Name of Agency نام سازمان	Service Type نوع خدمات
Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care مثالها: – معرفی/ارجاع – مراقبت مشترک/ پلان موردی – اطلاع رسانی به خدماتی که در مراقبت از مصرف کننده شرکت می کند	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer مثالها: – تمام معلومات مربوطه – استثناها که توسط مصرف کننده بیان شده	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council مثالها: – مرکز بهداشت اجتماعی استروبری – Strawberry Community Health centre – شورای شهر بلوبری – City Council	Examples: – Physiotherapy – counseling مثالها: – فیزیوتراپی – مشاوره

Consent to Share Information

رضایت برای به اشتراک گذاشتن معلومات

**Section 2: Record of consent**

بخش 2: ثبت رضایت

 **Written consumer consent** رضایت کتبی مصرف کننده

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.

مامور/داکتر با من در مورد اینکه چگونه و چرا معلومات خاص من ممکن است با سایر ارائه دهندگان خدمات ذکر شده، به اشتراک گذاشته شده شود گپ زده است. من این را درک می کنم و رضایت می دهم که این معلومات به اشتراک گذاشته شود.

Signed:

امضا:

Dated: dd/mm/yyyy / /

مورخ روز/ماه/سال: / /

or  
یا

**Verbal consumer consent**

رضایت شفاهی مصرف کننده

*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.*

من با مصرف کننده در مورد اینکه چگونه و چرا معلومات خاصی ممکن است با سایر ارائه دهندگان خدمات به اشتراک گذاشته شود گپ زده ام. من متقاعد شده ام که او این موضوع را درک کرده است و رضایت آگاهانه در مورد معلومات به اشتراک گذاشته شده فوق داده شده است.

or  
یا

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

مصرف کننده توانایی برای ارائه رضایت را ندارد

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

(یعنی او ماهیت آنچه را که در موردش رضایت می دهد و یا عواقب آنرا درک نمی کند)

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

(name of authorised representative)

رضایت داده شده توسط نماینده مجاز

(نام نماینده مجاز)

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

هیچ نماینده مجاز وجود ندارد یا قابل تماس نیست، بنابراین، معلومات طبق قانون سوابق صحی مصوب 2001 Health Records Act به اشتراک گذاشته خواهد شد\*

*\*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.*

\* اگر به دست آوردن رضایت از یک نماینده مجاز بطور منطقی عملی نیست یا مصرف کننده نماینده مجاز ندارد، هنوز هم می توان معلومات صحی را در شرایط ذکر شده در سوابق صحی مصوب 2001 به اشتراک گذاشت. این شرایط مشمول آن است که به اشتراک گذاشتن معلومات توسط ارائه دهنده خدمات صحی انجام بشود و بطور منطقی ارائه خدمات صحی ضروری بنظر برسد و یا یک الزام قانونی وجود داشته باشد.

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):

برای اطمینان از اینکه نماینده مجاز یک مصرف کننده می تواند تصمیم گیری آگاهانه ای در مورد رضایت برای به اشتراک گذاری معلومات فوق را بکند مامور/ داکتر باید (پس از ختم تیک بزنید):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies  
1. با مصرف کننده در مورد به اشتراک گذاری معلومات پیشنهادی با سایر خدمات / سازمان ها گپ بزند
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. توضیح دهد که معلومات مصرف کننده فقط در صورتی که او موافقت کرده باشد با این خدمات / سازمان ها به اشتراک گذاشته خواهد شد. در موقع معرفی/ارجاع توضیح دهید در صورتی که مصرف کننده نمی خواهد معلومات افشا بشود، معرفی /ارجاع او هنوز انجام خواهد شد
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private  
3. برای مصرف کننده معلوماتی در مورد حفظ حریم خصوصی، از قبیل بروشور معلومات شما – خصوصی است Your Information – It's Private فراهم کنید
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.  
4. برای مصرف کننده یک کاپی از این فرم را پس از تکمیل فراهم کنید.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
تولید شده توسط وزارت صحت و بکتوریا ، 2012

CSI Page 1 of 1  
صفحه 1 از 1 CSI

Consent obtained/witnessed by:  
رضایت گرفته شده / شاهد:

Position/Agency:  
وظیفه / سازمان:

Name:  
نام:

Contact number:  
شماره تماس:

Date: dd/mm/yyyy / /  
تاریخ: روز/ماه/سال / /

Sign:  
امضا: