

# Consent to share information जानकारीहरु बाँड्ने मञ्जुरी

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

उद्देश्य: स्वतन्त्र रूपमा तोकिएको संस्था/हरु संग निश्चित प्रयोजन/हरुकोलागि दिईएको जानकारीमूलक ग्राहक मञ्जुरीहरु रेकर्ड गर्ने।

## Consumer

### ग्राहक

Name:

नाम:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

जन्म मिति: गते /महिना /साल / /

Sex:

लिंग:

UR Number:

यू आर(UR) नम्बर:

or affix label here  
वा लेबल यहाँ टाँस्नुहोला

## Section 1: Personal/health information to be shared खण्ड १: व्यक्तीगत /स्वास्थ्य जानकारी बाँड्ने

Service Type सेवाको प्रकार Examples: - Physiotherapy - counseling उदारहण: - फिजियोथेरापी - परामर्श	Name of Agency संस्थाको नाम Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council उदारहणहरु: - स्ट्रवरी सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र (Strawberry Community Health centre) - ब्लुबरी शहरी परिषद (Blueberry City Council)	Type of Information जानकारीको प्रकार Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer उदारहणहरु: - सम्पूर्ण प्रयोजनका जानकारी - ग्राहकद्वारा उल्लेख गरिएको अपवाद	Purpose/s उद्देश्य/हरु Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care उदारहणहरु: - सिफारिस - बाँडीचुडीको संरक्षण /मामिला योजना - सहभागी हुने ग्राहकहरुको संरक्षणको लागि जानकारीमूलक सेवाहरु

Consent to Share Information जानकारीहरु बाँड्ने मञ्जुरी

## Section 2: Record of consent खण्ड २: मञ्जुरीको रेकर्ड

**Written consumer consent**  
 **ग्राहकको लिखित मञ्जुरीनामा**

*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.*  
माथिको अनुसार कामदार/पेशेवारहरु द्वारा म संग मेरो बारेको निश्चित जानकारीहरु कसरी र किन अन्य सेवा प्रबन्धकहरु संग बाँडीचुडी गर्दछ भन्ने कुरा छलफल गरियो। मैले यो बुझें र मेरो जानकारीहरु बाँडीचुडी गर्नकोलागि मैले मञ्जुरीनामा दिएँ।

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

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

Dated: dd/mm/yyyy / /  
मिति (गते /महिना /साल): / /

or  
अथवा

**Verbal consumer consent**

**ग्राहकको मौखिक मञ्जुरीनामा**

*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.*

मैले ग्राहकसंग कसरी र किन निश्चित जानकारी हरु अन्य सेवा प्रबन्धकहरु संग बाँडीचुडी गरिन्छ भन्ने बारेमा छलफल गरेँ। यो बुझेको कुरामा म सन्तुष्ट छु र माथी उल्लेखित विवरणहरु अनुसार जानकारीहरु बाँडीचुडीको गरिने वेहोरा जानकार गराईयो।

or

अथवा

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

**ग्राहकको मञ्जुरीनामा दिने क्षमता छैन**

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

(यसको मतलब, उनिहरुले के कुरा मञ्जुर गर्ने भन्ने प्रकृती, वा परिस्थिती नबुझेको)

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

(name of authorised representative)

अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिद्वारा मञ्जुरी दिईएको \_\_\_\_\_

(अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिको नाम)

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

त्यहाँ अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि छैन वा उनिहरुलाई सम्पर्क गर्न सकिदैन; तसर्थ, जानकारीहरु Health Records Act 2001\* बमोजिम बाँडीचुडीको गरिनेछ।

*\*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.*

\*यदि अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिद्वारा समानुपातिक रूपमा जानकारी हासिल गर्न अभ्यासमूलक छैन भने वा ग्राहकको अधिकार प्राप्त प्रतिनिधि नभएमा, स्वास्थ्य जानकारीहरु Health Records Act 2001 बमोजिम बाँडीचुडीको गर्न सकिनेछ। यसमा जहाँ जानकारीहरु स्वास्थ्य सेवा प्रबन्धक द्वारा बाँडीचुडीको गरिएको छ र सामान्यतया स्वास्थ्य सेवाको प्रवधान अनुसार समानुपातिक छ वा जहाँ कानूनी आवश्यकता पर्दछन्।

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):

माथि दिईए बमोजिमका जानकारीहरु बाँडीचुडीको लागि मञ्जुरीको बारेमा ग्राहकको अधिकार प्राप्त प्रतिनिधिद्वारा सहि निर्णय पाउनकोलागि, कामदार/पेशेवारहरुले गर्नु पर्ने कुराहरु(जब भर्नुहुनेछ ठिक लगाउनुहोला):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
१. ग्राहकहरूसंग प्रस्तावित अन्य सेवाहरु/संस्थाहरु संग जानकारी बाँडीचुडी को बारेमा छलफल गर्न
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
२. यदि ग्राहकले मञ्जुर र सिफारिस गरिएको बेला, यदि ग्राहकले जानकारी संलग्न गराउन नचाहेको खण्डमा जानकारीहरु केवल सेवाहरु/संस्थाहरु संग मात्र बाँडीचुडी गरिनेकुरा व्याख्या गर्नुहोला
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information - It's Private
३. जानकारीहरुको बारेको गोपनियता, जस्तै पर्चा तपाईंको जानकारीहरु गोप्य रहने छ(Your Information - It's Private) हरु ग्राहकलाई उपलब्ध गराउहोला
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
४. भरिसकेपछि यस फारमको प्रतिलिपी ग्राहकलाई उपलब्ध गराउनुहोला।

Produced by the Victorian Department of Health, 2012  
भिक्टोरियाको स्वास्थ्य विभागद्वारा उत्पादित, २०१२  
(Produced by the Victorian Department of Health, 2012)

Consent obtained/witnessed by:  
मञ्जुरी हासिल गर्ने/साक्षि दिने:

Name:  
नाम:

Position/Agency:  
पद/संस्था:

Sign:  
हस्ताक्षर:

Date: dd/mm/yyyy / /  
मिती: गते /महिना /साल / /

CSI Page 1 of 1  
CSI पृष्ठ १ को १

Contact number:  
सम्पर्क नम्बर: