

Consumer
المستهلك
Name:
الإسم:
Date of Birth: dd/mm/yyyy / /
تاريخ الولادة: / /
Sex:
الجنس:
UR Number:
رقم السجل التعريفي (سجل الوحدة):
or affix label here أو الصق لاصقة التعريف هنا

Consent to share information

موافقة على المشاركة في المعلومات

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

الهدف: تدوين موافقة المستهلك الطوعية والمثبتة، على مشاركة المعلومات مع وكالة أو وكالات معينة لغرض أو أغراض معينة.

Section 1: Personal/health information to be shared

الجزء 1: معلومات شخصية/صحية سيتم المشاركة فيها

Purpose/s الهدف/الأهداف	Type of Information نوع المعلومات	Name of Agency اسم الوكالة	Service Type نوع الخدمة
Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council	Examples: – Physiotherapy – counseling
أمثلة: – إحاله – عناية مشتركة/ تخطيط الوضع(الحالة) – مساهمة الخدمات المثبتة في رعاية المستهلك	أمثلة: – كل المعلومات المعنية – استثناءات كما تبينها المستهلك	أمثلة: – مجتمع الفراولة المركز الصحي – مجلس بلدية العنبيّة	أمثلة: – العلاج البدني الطبيعي – الاستشارات

موافقة على المشاركة بالمعلومات

Section 2: Record of consent

الجزء 2: سجل الموافقة

<input type="checkbox"/> Written consumer consent
موافقة المستهلك الخطية <input type="checkbox"/>
<i>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.</i>
<i>لقد ناقش الموظف/الأخصائي معي كيفية المشاركة بمعلومات معينة تتعلق بي مع مقدمي خدمات أخرى وسبب ذلك، كما ورد أعلاه. ولقد تفهمتم ذلك وأنا بدوري أمنح موافقتي للمشاركة بالمعلومات.</i>
Signed:
التوقيع:
Dated: dd/mm/yyyy / /
التاريخ: / /
or
أو

Verbal consumer consent

موافقة المستهلك الشفهية

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.

لقد ناقشت مع المستهلك كيف يمكن المشاركة بمعلومات معينة مع مقدمي خدمات أخرى وسبب ذلك، وأنا مقتنع بأن المستهلك قد فهم ذلك ومنح موافقته المثبتة على المشاركة في المعلومات كما هو مفصل أعلاه.

or
أو

Consumer does not have the capacity to provide consent

ليس لدى المستهلك القدرة على منح الموافقة

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

(وهذا يعني، أنه لا يدرك طبيعة الأمر الذي يوافق عليه، أو النتائج)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

موافقة يمنحها ممثل مخول

اسم الممثل المخول

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

لا يوجد ممثل مخول أو لا يمكن الاتصال به؛ لذا ستتم المشاركة بالمعلومات على النحو الوارد في قانون السجلات الصحية لعام 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.*

* إذا لم يكن الأمر منصفًا بشكل معقول في الحصول على موافقة من ممثل مخول أو أن المستهلك ليس لديه ممثل مخول، فإنه بالإمكان المشاركة بالمعلومات الصحية بناء على الظروف المنصوص عليها في قانون السجلات الصحية لعام 2001. الأمر الذي يتضمن المشاركة بالمعلومات من قبل مزود الخدمات الصحية وهو ضرورة معقولة لتوفير خدمات صحية أو عند وجود متطلبات قانونية.

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):

لضمان قيام ممثل المستهلك المخول باتخاذ قرار مثبت بشأن الموافقة على المشاركة في المعلومات كما ورد أعلاه، يجب على الموظف/مقدم الخدمة: (وضع علامة صح عند إتمامه)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1. أن يناقش مع المستهلك الإحالة المقترحة إلى خدمات أو وكالات أخرى.
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. أن يشرح بأن المعلومات المتعلقة بالمستهلك سيتم المشاركة بها مع هذه الخدمات أو الوكالات فقط إذا وافق المستهلك، وعند الإحالة، قل للمستهلك بأن الإحالة إلى الخدمة تبقى سارية المفعول إذا لم يرد المستهلك أن يتم الإفصاح عن المعلومات.
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3. أن يزود المستهلك بمعلومات حول الخصوصية، مثل نشرة معلوماتك – إنها خاصة
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4. أن يزود المستهلك بنسخة من هذا النموذج بمجرد تكملته

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
صادرة عن وزارة الصحة في ولاية فيكتوريا، 2012

CSI Page 1 of 1
صفحة 1 من 1CSI

حصلت الموافقة/ شهد عليها:

Consent obtained/witnessed by:

Position/Agency:

Name:

المنصب/ الوكالة:

الاسم:

Contact number:

Date: dd/mm/yyyy / /

Sign:

رقم الاتصال:

/ / التاريخ

التوقيع: