

Consumer
مراجعه کننده

Name:
نام:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /
تاریخ تولد سال/ماه/روز: / /

Sex:
جنس:

UR Number:
شماره UR:

or affix label here
یا برچسب کامپیوتری را اینجا بچسبانید

Consent to share information

رضایت نامه به اشتراک گذاشتن اطلاعات

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

هدف: ثبت رضایت آگاهانه و آزادانه مراجعه کننده برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات شخصی وی با موسسه/موسساتی خاص بمنظور مقاصد خاص.

Section 1: Personal/health information to be shared

بخش ۱: اطلاعات شخصی/پزشکی که به اشتراک گذاشته خواهد شد

Consent to Share Information رضایت نامه به اشتراک گذاشتن اطلاعات

Purpose/s هدف/ هدف ها	Type of Information نوع اطلاعات	Name of Agency نام مؤسسه	Service Type نوع خدمت
Examples: - referral - shared care/case planning - informing services participating in consumer's care مثال: - ارجاع - برنامه ریزی مشترک مراقبتی/وضعیت پزشکی - مطلع ساختن خدماتی که در مراقبت از مراجعه کننده شرکت دارند	Examples: - all relevant information - exceptions as stated by consumer مثال: - تمام اطلاعات ذیربط - موارد استثنایی قید شده توسط مراجعه کننده	Examples: - Strawberry Community Health centre - Blueberry City Council مثال: - مرکز بهداشت جامعه محلی سترابری - شورای شهر بلوبری	Examples: - Physiotherapy - counseling مثال: - فیزیوتراپی - مشاوره

Section 2: Record of consent

بخش ۲: ثبت رضایت نامه

Written consumer consent
رضایت نوشتاری مراجعه 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.

یکی از مددکاران/متخصصین درمانی چگونگی و علت به اشتراک گذاشتن اطلاعات خاص درباره اینجانب با دیگر ارائه دهندگان خدمات، به شرح فوق، را با من در میان گذاشته است. من موضوع را درک می کنم و رضایت می دهم که اطلاعات به اشتراک گذاشته شود.

Signed:
امضاء:

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

or
یا

Verbal consumer consent

رضایت گفتاری مراجعه 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 مراجعه کننده چگونگی و علت به اشتراک گذاشتن اطلاعات خاص درباره وی با دیگر ارائه دهندگان خدمات را در میان گذاشته ام. من قانع شده ام که او موضوع را درک کرده است و آگاهانه رضایت داده است که اطلاعات وی، به شرح فوق، به اشتراک گذاشته شود.

or
یا

Consumer does not have the capacity to provide consent

مراجعه کننده توانایی و صلاحیت رضایت دادن را ندارد

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

(بدین معنی که او ماهیت آنچه که باید به آن رضایت دهد، یا نتایج آن را درک نمی کند)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

رضایت نماینده قانونی

(نام نماینده قانونی)

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

مراجعه کننده نماینده قانونی ندارد یا ارتباط برقرار کردن با او امکان پذیر نبوده است؛ در نتیجه، اطلاعات بر اساس قانون سوابق پزشکی 2001* 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.*

*چنانچه بطور منطقی کسب رضایت از نماینده قانونی عملی نباشد یا مراجعه کننده یک نماینده قانونی نداشته باشد، اطلاعات پزشکی همچنان می تواند بر اساس شرایط قید شده در قانون سوابق پزشکی 2001 به اشتراک گذاشته شود. این شامل مکانی که ارائه دهنده خدمات اطلاعات را به اشتراک می گذارد می شود و جهت ارائه خدمات درمانی الزامی می باشد و یا زمانی که از التزامات قانون 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 حصول اطمینان از اینکه نماینده قانونی مراجعه کننده می تواند تصمیمی آگاهانه در مورد رضایت دادن برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات به شرح فوق بدهد، مددکار/متخصص درمانی باید (پس از تکمیل علامت صحیح ✓ بزنید):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies
1- موضوع به اشتراک گذاشتن اطلاعات با سایر خدمات/مؤسسات را با مراجعه کننده در میان بگذارد.
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- به مراجعه کننده توضیح دهد که اطلاعات تنها وقتی به خدمات/مؤسسات خدماتی ارسال می شود که او با آن موافقت کرده باشد و هنگام ارجاع وی، او را راهنمایی کند که اگر او با به اشتراک گذاشتن اطلاعات مخالفت کند تاثیری بر معرفی وی برای دریافت خدمات به آن مؤسسه نخواهد داشت.
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private
3- به مراجعه کننده اطلاعات در مورد حفظ حریم خصوصی، از جمله بروشور "اطلاعات شما-خصوصی است" Your Information-It's Private را ارائه دهد.
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.
4- وقتی این فرم تکمیل شد یک نسخه از آن را در اختیار مراجعه کننده قرار دهد.

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
تهیه شده توسط اداره بهداشت ویکتوریا، 2012

CSI Page 1 of 1
صفحه 1 از 1 CSI 1

Consent obtained/witnessed by:
مسئول کسب کردن/تأیید کردن رضایت:

Position/Agency:
سمت/تهاد:

Name:
نام:

Contact number:
شماره تماس:

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

Sign:
امضاء: