

إستمارة الموافقة على اختبار المستضدات و/أو الأجسام المضادة
لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)

لقد تم إخباري بأن عينة الدم من اصبعي، أو الوريد، أو عينة بلازما، أو عينة البول، أو العينة الفموية، سيتم اختبارها للمستضدات و/أو للأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية، الفيروس المسبب لمرض نقص المناعة المكتسبة أو الأيدز (AIDS).

أقر بأنني تلقيت شرحاً للإختبار، بما في ذلك استعمالاته، والفوائد، والقيود، ومعنى نتائج الإختبار.
لقد تم إعلامي بأن نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية سرية ولا يجوز الإفصاح عنها دون إذن مكتوب مني، باستثناء ما يلي:
_____ * وكما هو مسموح بموجب قانون الولاية.

أنا أفهم أن لدي الحق في إجراء هذا الاختبار دون استخدام اسمي. إذا لم يوفر لي طبيبي الخاص اختباراً دون استخدام اسمي، فاني أفهم انه يمكنني الحصول على اختبار دون استخدام اسمي في أي موقع للاختبار والإرشاد عن فيروس نقص المناعة البشرية موافق عليه من قبل مديرية الصحة والخدمات الإنسانية في ولاية ميشيغان.

أفهم أن لدي الحق في سحب موافقتي للاختبار في أي وقت قبل اكتمال الاختبار.

أقر بأن تم إعطائي نسخة من كتيب "ما تحتاج إلى معرفته عن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية". لقد أعطيت الفرصة ل طرح الأسئلة بشأن اختبار المستضدات و/أو الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية، وأقر بأن أسئلتني تم الرد عليها.

بتوقيعي أدناه، أوافق على إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

_____ التاريخ

_____ المريض/الأهل/الوصي القانوني

_____ التاريخ

شاهد

حالياً، لا أريد أن يتم اختباري لفيروس نقص المناعة البشرية

_____ التاريخ

_____ المريض/الأهل/الوصي القانوني

_____ التاريخ

شاهد

* الرجاء كتابة اسم الطبيب أو المرفق الصحي الذي سيتلقى نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

نسخة طبق الأصل- للحفظ في السجلات

إستمارة الموافقة على اختبار المستضدات و/أو الأجسام المضادة
لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)

لقد تم إخباري بأن عينة الدم من اصبعي، أو الوريد، أو عينة بلازما، أو عينة البول، أو العينة الفموية، سيتم اختبارها للمستضدات و/أو للأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية، الفيروس المسبب لمرض نقص المناعة المكتسبة أو الأيدز (AIDS).

أقر بأنني تلقيت شرحاً للإختبار، بما في ذلك استعمالاته، والفوائد، والقيود، ومعنى نتائج الإختبار.
لقد تم إعلامي بأن نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية سرية ولا يجوز الإفصاح عنها دون إذن مكتوب مني، باستثناء ما يلي:
_____ * وكما هو مسموح بموجب قانون الولاية.

أنا أفهم أن لدي الحق في إجراء هذا الاختبار دون استخدام اسمي. إذا لم يوفر لي طبيبي الخاص اختباراً دون استخدام اسمي، فاني أفهم انه يمكنني الحصول على اختبار دون استخدام اسمي في أي موقع للاختبار والإرشاد عن فيروس نقص المناعة البشرية موافق عليه من قبل مديرية الصحة والخدمات الإنسانية في ولاية ميشيغان.

أفهم أن لدي الحق في سحب موافقتي للاختبار في أي وقت قبل اكتمال الاختبار.

أقر بأن تم إعطائي نسخة من كتيب "ما تحتاج إلى معرفته عن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية". لقد أعطيت الفرصة ل طرح الأسئلة بشأن اختبار المستضدات و/أو الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية، وأقر بأن أسئلتني تم الرد عليها.

بتوقيعي أدناه، أوافق على إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

_____ التاريخ

_____ المريض/الأهل/الوصي القانوني

_____ التاريخ

شاهد

حالياً، لا أريد أن يتم اختباري لفيروس نقص المناعة البشرية

_____ التاريخ

_____ المريض/الأهل/الوصي القانوني

_____ التاريخ

شاهد

* الرجاء كتابة اسم الطبيب أو المرفق الصحي الذي سيتلقى نتائج اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

نسخة طبق الأصل- للزبون