

ការអនុញ្ញាត៖ _____ BCCHP# _____

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent ការព្រមព្រៀងលើកម្មវិធីសុខភាពមាត់ស្បូន ពោះវៀនធំ និងសុដន់

ការពណ៌នាអំពីកម្មវិធី

កម្មវិធីសុខភាពមាត់ស្បូន ពោះវៀនធំ និងសុដន់ (BCCHP) គឺជាកិច្ចខិតខំរួមគ្នារវាងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (DOH) និងមជ្ឈមណ្ឌលត្រួតពិនិត្យ និងការបង្ការជំងឺ (CDC) ដើម្បីកាត់បន្ថយការពិនិត្យតាមដានជំងឺមហារីកសុដន់ និងមាត់ស្បូន។ គោលបំណងនៃការពិនិត្យតាមដានគឺដើម្បីរកមើលជំងឺមហារីកក្នុងដំណាក់កាលដំបូងបំផុត ដូច្នេះអាចការបង្ការជំងឺ ឬព្យាបាលបាន។ ការពិនិត្យតាមដានជំងឺមហារីកសុដន់រួមមាន ការពិនិត្យសុដន់ និងការរស្មីអ៊ុចសុដន់ដែលគេហៅថាការថតម៉ាម៉ូក្រាម (mammogram) ។ ការពិនិត្យតាមដានជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនរួមមាន ការពិនិត្យឆ្អឹងអាងត្រកៀក និងយកសំណាកកោសិកាពីមាត់ស្បូន (មាត់ស្បូន/ស្បូន) ហៅថាការធ្វើតេស្ត Pap និង HPV ។

ការព្រមព្រៀងសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន

ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព និង BCCHP របស់ខ្ញុំទាំងអស់ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានឲ្យគ្នាទៅវិញទៅមកអំពីការថែទាំសុខភាព ការធ្វើតេស្តមាត់ស្បូន ការពិនិត្យសុដន់ ការថតម៉ាម៉ូក្រាម និងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលខ្ញុំទទួលបានតាមរយៈ BCCHP ។ ខ្ញុំយល់ថាទម្រង់បែបនេះនៃការព្រមព្រៀងនេះផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបនេះ។ ខ្ញុំត្រូវតែចុះឈ្មោះម្តងទៀតបន្ទាប់ពី 12 ខែ ដើម្បីបន្តសេវាកម្ម។

រាល់ព័ត៌មានដែលត្រូវបានបញ្ចេញជូន BCCHP នឹងរក្សាការសម្ងាត់។ ព័ត៌មាននឹងមានសម្រាប់ខ្ញុំ ចំពោះនិយោជិតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្ម BCCHP របស់ខ្ញុំ អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (សម្រាប់កម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមហារីកសុដន់ និងមាត់ស្បូន (BCCTP) ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន) និងក្រសួងសុខាភិបាល (ប្រភពថវិការបស់ BCCHP) ។ ព័ត៌មាននឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីបំពេញតាមគោលបំណងរបស់ BCCHP ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ របាយការណ៍ដែលបានចុះផ្សាយពី BCCHP នឹងមិនបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណឈ្មោះអតិថិជនឡើយ។

ខ្ញុំយល់ថាការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត ហើយខ្ញុំអាចឈប់ពី BCCHP និងដកការព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មាននៅពេលណាក៏បាន។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវបានរកឃើញថាមានជំងឺមហារីកសុដន់ និង/ឬមហារីកមាត់ស្បូន ខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការព្យាបាលតាមរយៈ Apple Health BCCTP ។ បុគ្គលិក BCCHP នឹងជួយខ្ញុំក្នុងការចុះឈ្មោះ។ ជាផ្នែកមួយនៃសេវាកម្មគ្រប់គ្រងករណីដែលខ្ញុំទទួល ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងត្រូវផ្តល់ការព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការព្យាបាល និងផ្តល់ព័ត៌មានផ្សេងទៀតតាមតម្រូវការ។

ប្រសិនបើខ្ញុំក្លែងបន្លំព័ត៌មានណាមួយដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការចោទប្រកាន់។

ចុះហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ និងដាក់ឈ្មោះរបស់អ្នកនៅទីនេះ

សាក្សី៖ មណ្ឌលសុខភាព កាលបរិច្ឆេទ

បោះពុម្ពឈ្មោះរបស់អ្នកនៅទីនេះ

អ្នកបកប្រែភាសា (បើមាន) កាលបរិច្ឆេទ