

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

जन्म मिति: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ लिंग (कृपया गोत्र लगाउनुहोस्): पु म

चिकित्सक: \_\_\_\_\_

**एचआइभी परिक्षणको लागि सूचित मञ्जुरीनामा**

तलको मेरो हस्ताक्षरले निम्न कुराहरु जनाउँदछ:

1. मेरो लागि एचआइभीको परिक्षण गराउन मलाई मञ्जुर छ ।
2. मलाई परिक्षणको बारेमा, परिक्षणका सीमाहरु र त्यसका नतिजाहरुसमेत, जानकारी गराइएको छ ।
3. परिक्षणका बारेमा मेरा सबै प्रश्नहरुको मलाई जवाफ दिइएको छ ।
4. परिक्षण, र यसका नतिजाहरु समेत, मेरो मेडिकल रेकर्डको अंश बन्ने छन् र आधिकारिक युएमएमएमसी (UMMMC) अधिकारी ले मेरो सो रेकर्ड हेर्न सक्नेछन् भनी मलाई अवगत छ । संभव भएसम्म गोपनीयता कायम गरिने छ र यो मञ्जुरीनामामा उल्लेख गरिए बमोजिम तथा राज्य वा संघीय कानून अनुसार वा मेरो लिखित मञ्जुरी अनुसार नै परिक्षणका नतिजाहरु उपलब्ध गराइने छन् भनी मलाई जानकारी छ ।
5. यो परिक्षणमा लाग्ने शुल्कहरु, परिक्षण गरिएका सूचकहरुको साथमा, आफै भुक्तानी गर्नु पर्ने सेरोलोजी परिक्षण जुन युएमएमएमसी एचआइभी (UMMMC HIV) परामर्शदाताद्वारा ब्यवस्था गरिने छ, सो बाहेक, मेरो स्वास्थ्य बीमाकर्ता लाई बुझाइने छ ।
6. परिक्षणको लागि यो मेरो निर्णय पूर्ण रूपमा स्वेच्छिक हो ।

माथि उल्लेखित बुँदाहरु मैले पढेको र बुझेको छु ।

\_\_\_\_\_ बिरामी/आधिकारिक प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_ मिति

\_\_\_\_\_ साक्षीको हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_ मिति

यदि आधिकारिक प्रतिनिधि भए, नाम र बिरामीसंगको नाता उल्लेख गर्नुहोस्:

\_\_\_\_\_ नाम

\_\_\_\_\_ नाता

यदि भाषा अनुवादक प्रयोग गरिएको भए, अनुवादकको नाम: \_\_\_\_\_

यदि टेलिफोनबाट मञ्जुरीनामा लिइएको भए:

\_\_\_\_\_ साक्षीको हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_ साक्षीको नाम

\_\_\_\_\_ मिति

बिरामीको नाम: \_\_\_\_\_

ठेगाना: \_\_\_\_\_

जन्म मिति: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ लिंग (कृपया गोलो लगाउनुहोस्): पु म

चिकित्सक: \_\_\_\_\_

**एचआइभी परिक्षणको लागि सूचित मञ्जुरीनामा**

तलको मेरो हस्ताक्षरले निम्न कुराहरु जनाउँदछ:

1. मेरो लागि एचआइभीको परिक्षण गराउन मलाई मञ्जुर छ ।
2. मलाई परिक्षणको बारेमा, परिक्षणका सीमाहरु र त्यसका नतिजाहरुसमेत, जानकारी गराइएको छ ।
3. परिक्षणका बारेमा मेरा सबै प्रश्नहरुको मलाई जवाफ दिइएको छ ।
4. परिक्षण, र यसका नतिजाहरु समेत, मेरो मेडिकल रेकर्डको अंश बन्ने छन् र आधिकारिक युएमएमएमसी (UMMMC) अधिकारी ले मेरो सो रेकर्ड हेर्न सक्नेछन् भनी मलाई अवगत छ । संभव भएसम्म गोपनीयता कायम गरिने छ र यो मञ्जुरीनामामा उल्लेख गरिए बमोजिम तथा राज्य वा संघीय कानून अनुसार वा मेरो लिखित मञ्जुरी अनुसार नै परिक्षणका नतिजाहरु उपलब्ध गराइने छन् भनी मलाई जानकारी छ ।
5. यो परिक्षणमा लाग्ने शुल्कहरु, परिक्षण गरिएका सूचकहरुको साथमा, आफै भुक्तानी गर्नु पर्ने सेरोलोजी परिक्षण जुन युएमएमएमसी एचआइभी (UMMMC HIV) परामर्शदाताद्वारा ब्यवस्था गरिने छ, सो बाहेक, मेरो स्वास्थ्य बीमाकर्ता लाई बुझाइने छ ।
6. परिक्षणको लागि यो मेरो निर्णय पूर्ण रूपमा स्वेच्छिक हो ।

माथि उल्लेखित बुँदाहरु मैले पढेको र बुझेको छु ।

\_\_\_\_\_ बिरामी/आधिकारिक प्रतिनिधिको हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_ मिति

\_\_\_\_\_ साक्षीको हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_ मिति

यदि आधिकारिक प्रतिनिधि भए, नाम र बिरामीसंगको नाता उल्लेख गर्नुहोस्:

\_\_\_\_\_ नाम

\_\_\_\_\_ नाता

यदि भाषा अनुवादक प्रयोग गरिएको भए, अनुवादकको नाम: \_\_\_\_\_

यदि टेलिफोनबाट मञ्जुरीनामा लिइएको भए:

\_\_\_\_\_ साक्षीको हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_ साक्षीको नाम

\_\_\_\_\_ मिति