شماره مجوز:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شماره ارجاع:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

رضایت‌نامه ارجاع برای بررسی وضعیت سلامت پستان و دهانه رحم

|  |
| --- |
| **شرح برنامه** |

**Breast and Cervical Health Program** (**برنامه سلامت پستان و دهانه رحم، BCCHP)** اقدامی مشترک بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، Washington State Department of Health (اداره سلامت ایالت واشنگتن، DOH) و Disease Control and Prevention (مراکز کنترل بیماری و پیشگیری از آن، CDC) است که هدف آن حمایت از غربالگری سرطان سینه و دهانه رحم است. هدف از غربالگری این است که سرطان را در مراحل اولیه تشخیص دهیم تا بتوانیم از آن پیشگیری یا آن را راحت‌تر درمان کنیم. BCCHP می‌داند که موانعی برای غربالگری سرطان وجود دارد که تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرند. برنامه BCCHP ممکن است بتواند با برطرف کردن موانع احتمالی مربوط به غربالگری سرطان و بدون در‌نظر گرفتن وضعیت بیمه، به برخی از افراد کمک کند تا آزمایش‌های غربالگری سرطان پستان و/یا دهانه رحم را انجام دهند.

|  |
| --- |
| رضایت‌نامه انتشار اطلاعات |

اینجانب رضایت می‌دهم که همه ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی و اجتماعی، درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، طرح‌های بیمه سلامت و BCCHP اطلاعات مربوط به مراقبت از سلامت من و موانع موجود برای دریافت خدمات مراقبت را که با برطرف کردن موانع موجود و انجام دادن غربالگری سرطان مرتبط است، در اختیار یکدیگر قرار دهند. متوجه هستم که این فرم رضایت‌نامه 12 ماه پس از تاریخ امضای آن توسط اینجانب منقضی می‌شود. پس از 12 ماه، باید مجدداً فرم رضایت‌نامه را امضا کنم تا بتوانم خدمات ارجاع را دریافت کنم.

**متوجه هستم تاجایی‌که قانون اجازه می‌دهد، هر‌گونه اطلاعاتی که در اختیار BCCHP قرار می‌گیرد محرمانه باقی خواهد ماند.** این اطلاعات در‌دسترس اینجانب، کارکنانی که در ارائه خدمات BCCHP به من دخیل هستند، Health Care Authority (سازمان مراقبت از سلامت) (در‌صورت لزوم، برای Breast and Cervical Cancer Treatment Program [برنامه درمانی سرطان پستان و دهانه رحم، BCCTP]) و Department of Health (منبع تأمین بودجه BCCHP) قرار خواهد گرفت. همان‌طور‌که در بالا توضیح داده شد، از این اطلاعات، برای برآورده کردن اهداف BCCHP استفاده می‌شود. گزارش‌های منتشر‌شده از‌سوی BCCHP هویت هیچ‌یک از مراجعه‌کنندگان را فاش نمی‌کند.

من متوجه هستم که دریافت خدمات ارجاع داوطلبانه است و هر زمان که بخواهم می‌توانم دریافت این خدمات را متوقف کنم و رضایت‌نامه خود را برای انتشار اطلاعات باطل کنم.

**من متوجه هستم که در‌صورت مخدوش و تحریف کردن هرگونه اطلاعاتی که برای تعیین واجد‌شرایط بودن من استفاده می‌شود، شخصاً مسئول پرداخت هر‌گونه هزینه‌ای هستم.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| در این قسمت، با نام خود امضا کنید | تاریخ |  | شاهد: مرکز سلامت | تاریخ |
| در این قسمت، نام خود را با حروف درشت بنویسید |  |  | مترجم شفاهی (در‌صورت استفاده) | تاریخ |