ការអនុញ្ញាត​#៖      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ការ​ពិនិត្យតាមដាន​​​​ #៖      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ការយល់ព្រម​ស្តីពីការ​ពិនិត្យ​តាមដាន​សុខភាព​សុដន់​និងមាត់​ស្បូន​

|  |
| --- |
| **ការពិពណ៌នា​អំពីកម្មវិធី​** |

**Breast and Cervical Health Program (BCCHP, កម្មវិធីសុខភាព​សុដន់​និង​មាត់ស្បូន​)** គឺជាកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែង​រវាង​អ្នកផ្តល់​​សេវា​សុខភាព​ Washington State Department of Health (DOH, ក្រសួង​សុខាភិបាល​រដ្ឋ​វ៉ាស៊ីនតោន​) និង​ Centers for Disease Control and Prevention (CDC, មជ្ឈមណ្ឌល​គ្រប់គ្រង​និង​បង្ការជំងឺ​) ដើម្បី​គាំទ្រ​ដល់​ការពិនិត្យ​រកមើល​ជំងឺមហារី​ក​​សុដន់​និង​មាត់ស្បូន​។ គោលបំណង​នៃ​ការ​ពិនិត្យ​នេះ​គឺ​ដើម្បីតាមដានរក​ឲ្យ​ឃើញ​ជំងឺមហារីក​នៅ​​ដំណាក់​កាល​ដំបូ​ង ដើម្បី​បង្កា​រ ឬ​ព្យាបាល​ជំងឺ​នេះ​បាន​កាន់តែងាយស្រួល​។​ BCCHP ទទួលស្គាល់ថា​មាន​ឧបសគ្គ​នានា​នៅក្នុង​ការទទួលបាន​ការពិនិត្យ​ជំងឺមហារីក​ដែល​លើសពី​ការរ៉ាប់រង​របស់ធានារ៉ាប់រង​។ កម្មវិធី​BCCHP អាច​នឹង​ជួយ​បុគ្គលមួយចំនួន​ឲ្យទទួលបាន​ការធ្វើតេស្ត​ពិនិត្យ​ជំងឺ​មហារីក​សុដន់​និង/ឬ​មាត់ស្បូន​ ដោយដោះស្រាយ​ឧបសគ្គ​ដែល​អាច​កើត​មាន​ចំពោះ​ការពិនិត្យជំងឺមហារីក​ ដោយមិនគិត​ពី​ស្ថានភាព​នៃ​ការធានារ៉ាប់រង​ទេ​។

|  |
| --- |
| ការយល់ព្រម​ឲ្យ​បញ្ចេញ​​ព័ត៌មាន​ |

ខ្ញុំ​ផ្តល់ការយល់ព្រម​ឲ្យ​អ្នកផ្តល់​សេវា​វេជ្ជសាស្ត្រ​និង​​សេវាសង្គមរបស់ខ្ញុំ គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ​ គម្រោងធានារ៉ាប់រង​សុខភាព​ និង​ BCCHP ឲ្យផ្តល់ព័ត៌មានដល់គ្នាទៅវិញទៅមក​អំពី​ការថែទាំ​សុខភាព​ និង​ឧបសគ្គរបស់ខ្ញុំ​ក្នុងការ​ទទួលបាន​ការថែទាំ​ ដោយ​សារតែ​វា​មានពាក់ព័ន្ធនឹង​ការដោះស្រាយ​​ឧបសគ្គទាំងនោះ និង​ការបំពេញ​ការពិនិត្យ​ជំងឺ​មហារីក​។ ខ្ញុំ​យល់ដឹងថា​ទម្រង់បែបបទយល់ព្រម​នេះ​ផុត​កំណត់ក្នុងរយៈពេល 12ខែ ក្រោយកាលបរិច្ឆេទ​ដែលខ្ញុំ​ចុះហត្ថលេខា​លើ​ទម្រង់​បែបបទនេះ​។​ ខ្ញុំ​ត្រូវតែផ្ដល់ការ​យល់ព្រម​សាជាថ្មី​ក្រោយរយៈពេល​ 12ខែ​ ដើម្បី​បន្តទទួលបានសេវា​ពិនិត្យតាមដាន​​ជំងឺ​​

**ខ្ញុំយល់ថា​ព័ត៌មានណាមួយដែល​ត្រូវបាន​បញ្ចេញ​ទៅដល់​ BCCHP នឹង​បន្ត​ស្ថិតនៅជាការសម្ងាត់​ក្នុងកម្រិត​ពេញលេញ​បំផុត​តាមដែលច្បាប់បានអនុញ្ញាត​។** ព័ត៌មាន​នេះ​នឹង​មានផ្តល់ជូនដល់ខ្ញុំ​ ដល់​និយោជិតដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងសេវា​​BCCHPរបស់ខ្ញុំ Health Care Authority (អាជ្ញាធរ​ថែទាំ​សុខភាព​) (សម្រាប់​Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, កម្មវិធី​ព្យាបាល​ជំងឺមហារីក​សុដន់និងមាត់ស្បូន​​) ប្រសិនបើ​មាន​) និង​ទៅដល់​ Department of Health (ប្រភព​មូលនិធិ​របស់​ BCCHP)។ ព័ត៌មាន​នេះ​នឹង​ត្រូវបានប្រើប្រាស់​ដើម្បី​បំពេញ​តាម​គោលបំណង​របស់​ BCCHP ដូចបានរៀប​រា​ប់​​ខាងលើ​។ របាយការណ៍​ដែលបានបោះផ្សាយដែលបានមក​ពី​ BCCHP នឹង​មិនកំណត់​អត្តសញ្ញាណ​​​អតិថិជន​ណាម្នាក់តាម​ឈ្មោះនោះទេ​។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា​ ការទទួលបាន​សេវា​ពិនិត្យ​តាមដានជំងឺ​គឺជា​ការស្ម័គ្រចិត្ត​ ហើយថា​ខ្ញុំ​អាច​ឈប់ទទួល​សេវា​នេះ​ និង​ដកការយល់ព្រមរបស់​ខ្ញុំ​ក្នុងការឲ្យបញ្ចេញ​ព័ត៌មាន​នេះ​បាន​គ្រប់ពេល​។

**ប្រសិនបើ​ខ្ញុំ​ក្លែងបន្លំ​ព័ត៌មាន​ដែលបានប្រើប្រាស់​ក្នុងការ​កំណត់​សិទ្ធិទទួលបានរបស់ខ្ញុំ​ ខ្ញុំយល់​ដឹង​ថា​ខ្ញុំមានទំនួលខុសត្រូវ​ចំពោះទោសកំហុស​នោះ។​**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ចុះហត្ថលេខាដាក់​ឈ្មោះ​របស់អ្នក​នៅទីនេះ​ | កាលបរិច្ឆេទ |  | សាក្សី​៖ គ្រឹះ​ស្ថាន​សុខាភិបាល​ | កាលបរិច្ឆេទ |
| សរសេរ​​ឈ្មោះ​របស់អ្នកឲ្យច្បាស់ៗ​​នៅទីនេះ​ |  |  | អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ (ប្រសិនបើបាន​ប្រើប្រាស់)​ | កាលបរិច្ឆេទ |