



Reference Laboratory
28-29, Sector 18 (F)
Gurgaon - 122015

Form QPCMOLQ2001c

Phone: 0124 4307908
Fax: 0124 4278556
Web: www.molq.in

INFORMED CONSENT FOR HIV TESTING

(एचआईवी परीक्षण के लिए सूचित सहमति)

सूचित सहमति एचआईवी परीक्षण प्रदर्शन करने के लिए

- मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने एचआईवी / एड्स के बारे में मेरे हर किसी सवाल का जवाब दिया है। मैं एचआईवी परीक्षण के बारे में निम्नलिखित विवरण के साथ जानकारी उपलब्ध कराई गई है।
- एचआईवी वायरस है जो एड्स का कारण बनता है और निम्नलिखित के माध्यम से प्रेषित किया जा सकता है
- असुरक्षित यौन संबंध (योनि, गुदा या मौखिक सेक्स) के माध्यम से प्रेषित किया जा सकता है
- सर्वांगरक्षणा या प्रसव के दौरान उनके शिशुओं को एचआईवी संक्रमित गर्भवती महिलाओं द्वारा या स्तनपान करते हुए।
- (भेदी Tattoo मोदना, सुई सहित दवा उपकरण साझा करने सुई) के रूप में खून से संपर्क करें।
- एचआईवी / एड्स के लिए उपचार एक व्यक्ति को स्वस्थ रहने में मदद कर सकता है।
- एचआईवी / एड्स के साथ व्यक्तियों को संक्रमित होने या एचआईवी के विभिन्न प्रकारों के साथ स्वयं को संक्रमित होने से उनके जीवन में असंक्रमित और संक्रमित लोगों की रक्षा करने के लिए सुरक्षित तरीकों को अपना सकते हैं।
- परीक्षण स्वैच्छिक है और एक सार्वजनिक परीक्षण केंद्र पर गुप्तताम किया जा सकता है।
- कानून एचआईवी परीक्षण के परिणाम और अन्य संबंधित जानकारी की गोपनीयता की रक्षा करता है।
- कानून किसी व्यक्ति के एचआईवी स्थिति के आधार पर भेदभाव और सेवाओं के इस तरह के परिणामों के साथ मदद करने के लिए उपलब्ध है।
- कानून इस तरह की सहमति एचआईवी परीक्षण का विषय द्वारा रद्द या उसके शब्दों से समाप्त हो रहा है जब तक कि एचआईवी संबंधी परीक्षण के लिए एक व्यक्ति की सूचित सहमति इस तरह के परीक्षण के लिए वीज होने के लिए अनुमति देता है।

मैं एचआईवी संक्रमण के लिए परीक्षण करवाने के लिए सहमत हू। अगर परिणामों में मुझे एचआईवी है, मुझे लगता है मैं मेरे लिए सबसे अच्छा उपचार निर्धारित करने के लिए और एचआईवी की रोकथाम के कार्यक्रमों के मार्गदर्शन में मदद करने के लिए आज के पट्टन नमूना (blood sample) पर अतिरिक्त परीक्षण करने के लिए सहमत हू। मैं अपने इलाज मार्गदर्शन करने के लिए अविष्य परीक्षण करने के लिए भी सहमत हू। मैं समझता हूँ कि मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता की मेरी संभव या मुझे के बटवारे सहयोगियों के बारे में सक्षम जोखिम के बारे में बात करेंगे। मैं मौखिक रूप से या किसी भी समय पर लिखित में अपनी सहमति वापस ले सकता है। जब तक इस सहमति बल में है, के रूप में अपने प्रदाता एक और सहमति पत्र पर हस्ताक्षर करने के लिए मुझसे पूछे बिना अतिरिक्त परीक्षणों का संचालन कर सकता है। अन्य एचआईवी परीक्षण प्रदर्शन किया जाएगा यदि उन मामलों में मेरे प्रदाता मुझे बता देगा और मेरे मेडिकल रिकार्ड में यह ध्यान दे जाएगा।

रोगी का नाम Asad ali तिथि 11/3/22

हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान असद अली
रोगी या व्यक्ति सहमति के लिए अधिकृत

परामर्श चिकित्सकों द्वारा लिया सहमति
नाम Asad ali तिथि 11/3/22
हस्ताक्षर असद अली

2022.03.