ការអនុញ្ញាត#៖      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BCCHP#៖      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent

ការព្រមព្រៀងលើកម្មវិធីសុខភាពមាត់ស្បូន ពោះវៀនធំ និងសុដន់

|  |
| --- |
| **ការពណ៌នាអំពីកម្មវិធី** |

**កម្មវិធីសុខភាពមាត់ស្បូន ពោះវៀនធំ និងសុដន់ (BCCHP)** គឺជាកិច្ចខិតខំរួមគ្នារវាងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (DOH)និងមជ្ឈមណ្ឌលត្រួតពិនិត្យ និងការបង្ការជំងឺ (CDC)ដើម្បីគាំទ្រដល់ការពិនិត្យតាមដានជំងឺមហារីកសុដន់ និងមាត់ស្បូន។ គោលបំណងនៃការពិនិត្យតាមដានគឺដើម្បីរកមើលជំងឺមហារីកក្នុងដំណាក់កាលដំបូងបំផុត ដូច្នេះវាអាចការបង្ការជំងឺ ឬព្យាបាលបាន។ ការពិនិត្យតាមដានជំងឺមហារីកសុដន់រួមមាន ការពិនិត្យសុដន់ និងកាំរស្មីអ៊ិចសុដន់ដែលគេហៅថាការថតម៉ាម៉ូក្រាម (mammogram) ។ ការពិនិត្យតាមដានជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនរួមមាន ការពិនិត្យឆ្អឹងអាងត្រគៀក និងយកសំណាកកោសិកាពីមាត់ស្បូន (មាត់ស្បូន/ស្បូន) ហៅថាការធ្វើតេស្ត Pap និង HPV ។

|  |
| --- |
| ការព្រមព្រៀងសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន |

ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្រ្ត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព និង BCCHP របស់ខ្ញុំទាំងអស់ ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានឲ្យគ្នាទៅវិញទៅមកអំពីការថែទាំសុខភាព ការធ្វើតេស្តមាត់ស្បូន ការពិនិត្យសុដន់ ការថតម៉ាម៉ូក្រាម និងការថែទាំវេជ្ជសាស្រ្តដែលពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលខ្ញុំទទួលតាមរយៈ BCCHP ។ ខ្ញុំយល់ថាទម្រង់បែបបទនៃការព្រមព្រៀងនេះផុតកំណត់ក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលខ្ញុំចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។ 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 ខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិទទួលការព្យាបាលតាមរយៈ Apple Health BCCTP ។ បុគ្គលិក BCCHP នឹងជួយខ្ញុំក្នុងការចុះឈ្មោះ។ ជាផ្នែកមួយនៃសេវាកម្មគ្រប់គ្រងករណីដែលខ្ញុំទទួល ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងត្រូវផ្តល់ការព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការព្យាបាល និងផ្តល់ព័ត៌មានផ្សេងទៀតតាមតម្រូវការ។

**ប្រសិនបើខ្ញុំក្លែងបន្លំព័ត៌មានណាមួយដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការចោទប្រកាន់។**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ចុះហត្ថលេខា និងដាក់ឈ្មោះរបស់អ្នកនៅទីនេះ | កាលបរិច្ឆេទ |  | សាក្សី៖ មណ្ឌលសុខភាព | កាលបរិច្ឆេទ |
| បោះពុម្ពឈ្មោះរបស់អ្នកនៅទីនេះ |  |  | អ្នកបកប្រែភាសា (បើមាន) | កាលបរិច្ឆេទ |