شماره مجوز:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شماره BCCHP:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent

رضایت‌نامه برنامه سلامت سینه، دهانه رحم و روده بزرگ

|  |
| --- |
| **شرح برنامه** |

**Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP، برنامه سلامت سینه، دهانه رحم و روده بزرگ)** اقدامی مشترک بین ارائه‌دهندگان سلامت، Department of Health (DOH، اداره بهداشت) ایالت واشینگتن و Centers for Disease Control and Prevention (CDC، مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها) جهت تسهیل غربالگری سرطان سینه و دهانه رحم است. هدف از این غربالگری، تشخیص سرطان در اولین مرحله آن است تا امکان پیشگیری و درمان وجود داشته باشد. غربالگری سرطان سینه شامل معاینه سینه و آزمایش اشعه ایکس از سینه با نام ماموگرام می‌شود. غربالگری سرطان دهانه رحم شامل معاینه لگن و نمونه گرفتن از سلول‌های دهانه رحم (شکاف رحم) می‌شود که آزمایش Pap و HPV نام دارد.

|  |
| --- |
| رضایت​نامه انتشار اطلاعات |

اینجانب به هریک از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های پزشکی، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، طرح‌های بیمه سلامت و BCCHP رضایت می‌دهم اطلاعات مربوط به خدمات درمانی من، آزمایش‌های دهانه رحم، معاینات سینه، ماموگرام‌ها و اطلاعات هرگونه مراقبت‌های پزشکی را که از طریق BCCHP دریافت می‌کنم با یکدیگر تبادل کنند. اینجانب متوجه هستم که رضایت‌نامه جاری ۱۲ ماه پس از تاریخ درج امضای من منقضی خواهد شد. پس از گذشت ۱۲ ماه، برای ادامه دریافت خدمات باید مجدداً نام‌نویسی کنم.

**هرگونه اطلاعاتی که در اختیار BCCHP قرار می**‌**گیرد محرمانه باقی خواهد ماند.** اطلاعات مذکور برای من، کارکنان دخیل در خدمات BCCHP من، مرجع خدمات بهداشت و درمان (اگر چنین مرجعی برای Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP) وجود داشته باشد)، و اداره بهداشت (منبع تأمین بودجه برنامه BCCHP) قابل دسترسی خواهد بود. از این اطلاعات برای نیل به اهداف BCCHP طبق شرح فوق استفاده خواهد شد. در گزارشات منتشره مرتبط با BCCHP نامی از مشتریان برده نخواهد شد.

اینجانب متوجه هستم که حضور من در این برنامه اختیاری بوده و هر زمان که بخواهم می‌توانم با انصراف از برنامه BCCHP، رضایتم را نسبت به انتشار اطلاعات پس بگیرم. اینجانب مطلع هستم که اگر مشخص شود به سرطان سینه و/یا دهانه رحم مبتلا هستم، ممکن است واجد شرایط درمان از طریق برنامه Apple Health BCCTP باشم. در این صورت کادر برنامه BCCHP در نام‌نویسی به من کمک خواهند کرد. متوجه هستم که به‌عنوان بخشی از خدمات مدیریت پرونده که از آن برخوردار می‌شوم، ملزم به اعلام رضایت نسبت به درمان و همچنین ارائه سایر اطلاعات ضروری خواهم بود.

**آگاه هستم چنانچه اطلاعاتی که در تعیین صلاحیت من بکار می‌رود را تحریف کنم، عواقب آن برعهده خودم خواهم بود.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نامتان را اینجا به‌صورت امضا وارد کنید | تاریخ |  | شاهد: مرکز سلامت | تاریخ |
| نامتان را با حروف بزرگ و خوانا اینجا وارد کنید |  |  | مترجم شفاهی (در صورت استفاده) | تاریخ |