



Affix Patient Label

تاريخ الميلاد :

اسم المريض:

هذا اختبار دم للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV). يتسبب فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) في متلازمة نقص المناعة المكتسبة المعروفة باسم الإيدز (AIDS).

أنا على علم بما تعنيه نتائج الاختبار. أنا على علم بأوجه قصور الاختبار. لن يطلع أحد على نتائج الاختبار الخاصة بي عدا الطبيب المعالج لي ومقدمو الرعاية الصحية بمجموعة برونسون للرعاية الصحية (Bronson) Healthcare Group، إلا إذا وقعت على تصريح بذلك، أو كما يستوجب قانون الولاية.

من حقي إجراء هذا الاختبار بدون استخدام اسمي. لا يمكن لمجموعة برونسون إجراء هذا الاختبار إلا باستخدام اسمي. في حالة عدم رغبتني في استخدام اسمي، فسوف يحلني الطبيب المعالج لي إلى أحد مراكز اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الأخرى المعترف بها في الولاية.

بإمكاني سحب موافقتي على هذا الاختبار في أي وقت قبل إجرائه.

استلمت نسخة من الكتيب المعنون "WHAT YOU NEED TO KNOW About HIV Testing"، أي "ما تحتاج لمعرفته عن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)".

لقد أتيت لي طرح أسئلتني الخاصة بهذا الاختبار. لقد تمت الإجابة على أسئلتني.

- أوافق على الخضوع لاختبار الجسم المضاد لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- لا أريد الخضوع لاختبار الجسم المضاد لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) في الوقت الحالي.

اكتب اسم المريض بأحرف واضحة

التاريخ: _____ الساعة: _____

توقيع المريض | الوالد | ولي الأمر

الشاهد _____ التاريخ: _____ الساعة: _____

نسخة تُسلم إلى المريض

نسخة أصلية لضمها للتقرير الطبي