



လူနာ အညွှန်းတပ်ပါ

လူနာအမည်

မွေးသက္ကရာဇ်

ယင်းမှာ လူ့ကိုယ်ခံအားကျဆင်းစေသည့်ပိုင်းရပ်စ်ပိုး(HIV) ရှိမရှိ စမ်းသပ်သည့် သွေးစစ်ခြင်းဖြစ်သည်။ HIV ပိုးသည် ကိုယ်ခံအားကျဆင်းမှုရောဂါ လက္ခဏာစု (AIDS) အားဖြစ်စေနိုင်သည်။

စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုရလဒ်ဆိုလိုရင်းကို မိမိနားလည်ပါသည်။ စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှု၏ ကန့်သတ်ချက်များကို မိမိသိရှိပါသည်။ မိမိမှ ထုတ်ဖော်ပြောဆိုခွင့်လက်မှတ်မထိုးမချင်း သို့မဟုတ် ပြည်နယ်အစိုးရဥပဒေမှ ထုတ်ဖော်ရန် လိုအပ်ခြင်းမရှိလျှင် Bronson ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအဖွဲ့မှ ဆရာဝန်များနှင့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူများမှ လွဲ၍ မည်သူမှ မိမိ၏ ဆေးစစ်ချက်အဖြေလွှာကို မကြည့်ရှုနိုင်ပါ။

မိမိ၏ အမည်အား အသုံးမပြုပဲ ဤဆေးစစ်စစ်မှုအား ပြုလုပ်ရန် အခွင့်အရေးရှိပါသည်။ Bronson သည်သာလျှင် မိမိအမည်အား အသုံးပြု၍ ဆေးစစ်မှု ပြုလုပ်နိုင်ပါသည်။ အကယ်၍ မိမိဘက်မှ အမည်အား အသုံးမပြုစေလိုပါလျှင် ဆရာဝန်မှ အခြားအစိုးရအသိမှတ်ပြု HIV ဆေးစစ်သည့် နေရာများသို့ လွှဲပြောင်းပေးပါမည်။

ဤဆေးစစ်မှုအား မပြုလုပ်မီ မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို မိမိ၏ သဘောတူညီချက်အား ပြန်လည်ရုတ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။

"HIV ဆေးစစ်မှုနှင့်ပတ်သက်ပြီး သင်သိသင့်သည့်အချက်များ" ဆိုသည့် စာစောင် မိတ္တူအား မိမိရရှိထားပါသည်။ ဤဆေးစစ်မှုနှင့် ပတ်သက်ပြီး ကျွန်ုပ်တို့တွင် မေးခွန်းများမေးပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့မေးခွန်းများအား ဖြေဆိုပေးပြီးဖြစ်ပါသည်။

- HIV ပဋိပစ္စည်း စမ်းသပ်မှုအား ပြုလုပ်ရန် ကျွန်ုပ်သဘောတူပါသည်။
- ဒီတစ်ကြိမ်တွင်တော့ HIV ပဋိပစ္စည်းစမ်းသပ်မှုကို မခံယူလိုပါ။

လူနာအမည်အား ရိုက်နှိပ်ပါ

_____ နေ့စွဲ _____ အချိန် _____

လူနာ / မိဘ / အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ်

_____ နေ့စွဲ _____ အချိန် _____

မှတ်တမ်းတင်ရန် လက်မှတ်ထားထားသောမူရင်း လူနာအတွက် မိတ္တူ