

## ការយល់ព្រម Consent

ការជូនដំណឹងដល់អ្នកជំងឺ រាយករដ្ឋានសង្គមកិច្ច និងសេវាសុខភាព (DSHS) អាចជួយអ្នកកាន់តែប្រសើរប្រសិនបើយើងអាចធ្វើការជាមួយភ្នាក់ងារ និងអ្នកជំនាញ  
 ផ្សេងទៀតដែលស្គាល់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។ ដោយការចុះលើហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ DSHS និងភ្នាក់ងារ និងបុគ្គលដែលរាយខាងក្រោមប្រើ  
 និងចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នក។ DSHS មិនអាចបដិសេធអត្ថប្រយោជន៍អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ លុះត្រាតែការយល់ព្រមរបស់អ្នកចាំបាច់ដើម្បីកំណត់  
 សិទ្ធិទទួលរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនេះ DSHS នៅតែអាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអ្នកដើម្បីពង្រឹងដោយច្បាប់។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរពីរបៀប  
 DSHS ចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នកជំងឺ ឬអ្នកសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក សូមពិគ្រោះជាមួយការជូនដំណឹងអនុវត្តឯកជនភាព DSHS ឬសួរអ្នកផ្តល់អ្នកនូវបែបបទនេះ។

<b>ការកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកជំងឺ</b>			
ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណ	
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	កូដប៊ូប
លេខទូរសព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់)	ព័ត៌មានផ្សេងទៀត		

**ការយល់ព្រម**

ខ្ញុំយល់ព្រមនឹងការប្រើព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីខ្ញុំជាមួយ DSHS ទៅនឹងផែនការ ផ្តល់ និងសម្របសម្រួលសេវាកម្ម ព្យាបាល ទូទាត់ និងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ខ្ញុំ  
 ឬគោលបំណងទៀតដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ខ្ញុំក៏ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យ DSHS និងភ្នាក់ងារ អ្នកផ្តល់សេវា ឬបុគ្គលដែលរាយខាងក្រោមប្រើព័ត៌មានសម្ងាត់របស់ខ្ញុំ  
 និងបង្ហាញទៅកាន់អ្នកដទៃនិមួយៗក្នុងគោលបំណងទាំងនេះ។ ព័ត៌មានអាចត្រូវបានចែករំលែកផ្ទាល់មាត់ ឬអេឡិចត្រូនិច សំបុត្រ ឬប្រគល់ដល់ដៃ។  
 សូមពិនិត្យខាងក្រោមទាំងអស់ដែលរួមមានក្នុងការយល់ព្រមនេះក្នុងការបន្ថែមទៅកាន់ DSHS និងកំណត់សម្គាល់ពួកគេតាមឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន៖

- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព៖ \_\_\_\_\_
- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត៖ \_\_\_\_\_
- អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពមិនប្រក្រតីនៃការប្រើសារធាតុ៖ \_\_\_\_\_
- អ្នកផ្តល់សេវា DSHS ជាប់កិច្ចសន្យាផ្សេងទៀត៖ \_\_\_\_\_
- កម្មវិធីលំនៅដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_
- សាលាស្រុក ឬមហាវិទ្យាល័យ៖ \_\_\_\_\_
- រាយករដ្ឋានក្រែប្រែ៖ \_\_\_\_\_
- រាយករដ្ឋានសន្តិសុខការងារ និងដៃគូការងាររបស់ខ្លួន៖ \_\_\_\_\_
- រដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម ឬភ្នាក់ងារសហព័ន្ធផ្សេងទៀត៖ \_\_\_\_\_
- សូមមើលបញ្ជីភ្ជាប់
- ផ្សេងទៀត៖ \_\_\_\_\_

មូលហេតុនៃការបង្ហាញ៖  ការបន្តការថែទាំ  ស្របច្បាប់  ផ្ទាល់ខ្លួន  ផ្សេងទៀត៖

ខ្ញុំអនុញ្ញាត និងយល់ព្រមចែករំលែកកំណត់ត្រា និងព័ត៌មានខាងក្រោម  
 (គូសទាំងអស់ដែលត្រូវ)៖

- កំណត់ត្រាអ្នកជំងឺរបស់ខ្ញុំទាំងអស់  កំណត់ត្រាលើបញ្ជីភ្ជាប់
- កំណត់ត្រាខាងក្រោមតែប៉ុណ្ណោះ៖
  - ប្រវត្តិគ្រួសារ សង្គម ការងារ
  - ព្យាបាល ឬផែនការថែទាំ
  - កំណត់ត្រាទូទាត់
  - ការរាយការណ៍បុគ្គល
  - សាលា ការអប់រំ និងការបណ្តុះបណ្តាល ផ្សេងទៀត
  - ព័ត៌មានថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត (បញ្ជាក់)៖
  - ព័ត៌មានថែទាំសុខភាព (បញ្ជាក់)៖
  - (សូមរាយ)៖ \_\_\_\_\_

សូមកត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកដឹងរបស់អ្នករួមបញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោមណាមួយ អ្នកក៏ត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះដើម្បីរួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាទាំងនេះ។  
 ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំដើម្បីបង្ហាញកំណត់ត្រាខាងក្រោម (ត្រូវទាំងអស់ដែលត្រូវ)៖

- សុខភាពផ្លូវចិត្ត       លទ្ធផលតេស្ត រោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាល HIV/AIDS និង STD       ភាពមិនប្រក្រតីនៃការប្រើសារធាតុ

- ការយល់ព្រមនេះគឺមានសុពលភាពមួយឆ្នាំ ឬ  រហូតដល់ \_\_\_\_\_ (កាលបរិច្ឆេទ ឬព្រឹត្តិការណ៍)។
- ខ្ញុំអាចដកហូត ឬដកការយល់ព្រមនេះគ្រប់ពេលវេលាដោយលក្ខណ៍អក្សរ ប៉ុន្តែនោះមិនប៉ះពាល់ព័ត៌មានណាមួយដែលបានចែករំលែករួចហើយទេ។
- ខ្ញុំយល់ថាកំណត់ត្រាដែលបានចែករំលែកក្រោមការយល់ព្រមអាចលែងបានការការព្រមព្រាបរបស់រដ្ឋដែលអនុវត្តចំពោះ **DSHS**។
- ច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទនេះមានសុពលភាពដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែករំលែកកំណត់ត្រា។

ហត្ថលេខា		កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាសាក្សី/សហការី បើអាច	ឈ្មោះអក្សរពុម្ពសាក្សី/សហការី	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ ឬតំណាងផ្សេងទៀត (បើអាច)	លេខទូរស័ព្ទ (រួមទាំងកូដតំបន់)	កាលបរិច្ឆេទ

ប្រសិនបើខ្ញុំមិនមែនជាប្រធាននៃកំណត់ត្រាទេ ខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចុះហត្ថលេខា ព្រោះខ្ញុំ៖ (ភ្ជាប់ភស្តុតាងនៃអាជ្ញាធរ)

ឪពុកម្តាយ       អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (ភ្ជាប់បញ្ជាគុណភាព)       តំណាងស្របច្បាប់       ផ្សេងទៀត៖

សេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកទទួលព័ត៌មាន៖ ប្រសិនបើកំណត់ត្រាទាំងនេះមានព័ត៌មានអំពី **HIV, STDs, ឬ AIDS,** អ្នកមិនអាចបង្ហាញព័ត៌មាននោះទៀតទេដោយគ្មានការអនុញ្ញាតដាក់លាក់របស់អ្នកដឹង។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការបំពានគ្រឿងញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងដោយអ្នកដឹង អ្នកត្រូវរួមបញ្ចូលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោមនៅពេលបង្ហាញព័ត៌មានបន្ថែមទៀតដូចបានតម្រូវដោយ **42 CFR 2.32**៖ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានបង្ហាញដល់អ្នកកំណត់ត្រាដែលបានការពារដោយច្បាប់ការសម្ងាត់សហព័ន្ធ (**42 CFR ផ្នែកទី 2**)។ ច្បាប់សហព័ន្ធហាមឃាត់អ្នកពីការបង្កើតការបង្ហាញព័ត៌មាននេះបន្ថែមទៀត លុះត្រាតែការបង្ហាញបន្ថែមទៀតនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតយ៉ាងច្បាស់ដោយការអនុញ្ញាតដោយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកដែលវាពាក់ព័ន្ធ ឬតាមការអនុញ្ញាតផ្សេងដោយ **42 CFR ផ្នែកទី 2**។ ការអនុញ្ញាតទូទៅសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬផ្សេងទៀតមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គោលបំណងនេះទេ។ ច្បាប់សហព័ន្ធវិភិតចំពោះការប្រើព័ត៌មានណាមួយដើម្បីស៊ើបអង្កេតព្រហ្មទណ្ឌ ឬកាត់ទោសអ្នកភ្ញៀវស្រា ឬគ្រឿងញៀនទេ។

ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញបែបបទយល់ព្រម, **DSHS 14-012**

ការប្រើប្រាស់បែបបទនេះនៅពេលអ្នកត្រូវការយល់ព្រមដើម្បីប្រើ ឬចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអតិថិជនលើមូលដ្ឋានបន្តអំពីអ្នកដទៃជាមួយ DSHS ឬដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មាននោះ ទៅភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្ម ឬសម្រាប់ការព្យាបាល ទូទាត់ ឬប្រតិបត្តិការភ្នាក់ងារ ឬសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតទទួលស្គាល់ដោយរដ្ឋ។ បំពេញបែបបទនេះតាមអង្គចត្រូច បើអាច។

អ្នកត្រូវតែបំពេញបែបបទដោយឡែកមួយសម្រាប់បុគ្គលនីមួយៗ រួមទាំងកុមារ។

ផ្នែកនៃបែបបទ:

កំណត់អត្តសញ្ញាណ:

- ឈ្មោះ: ផ្តល់ឈ្មោះអតិថិជនម្នាក់ៗឈ្មោះលើបែបបទនីមួយៗ។ រួមទាំងឈ្មោះអតីតណាមួយដែលអ្នកដឹងអាចប្រើនៅពេលទទួលសេវាកម្ម។
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: តម្រូវឱ្យកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកដឹងពីអ្នកដែលឈ្មោះស្រដៀង។
- លេខកំណត់អត្តសញ្ញាណ: ផ្តល់លេខកំណត់អត្តសញ្ញាណ ឬការកំណត់អត្តសញ្ញាណដូចជាលេខសន្តិសុខសង្គម (មិនបានទាមទារ) ដើម្បីជួយក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណកំណត់ត្រា និងការតាមដានប្រវត្តិ និងសេវាកម្មដែលបានទទួល។
- ផ្សេងទៀត: រួមមានក្នុងប្រអប់ព័ត៌មានបន្ថែមណាមួយនេះដែលអាចជួយកំណត់ទីតាំងកំណត់ត្រា ដូចជា DSHS ពាក់ព័ន្ធជាមួយសេវាកម្ម ឈ្មោះសមាជិកគ្រួសារ ឬព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធ។

ការយល់ព្រម (ការអនុញ្ញាត):

- ភ្នាក់ងារ ឬមនុស្សផ្ទាល់មាត់: បែបបទដែលបានបំពេញនេះអនុញ្ញាត (1) ប្រើ និងបង្ហាញព័ត៌មានសម្ងាត់ខាងក្នុង DSHS និងជាមួយភ្នាក់ងារ ឬបុគ្គលដែលបានរាយ និង (2) បង្ហាញព័ត៌មានសម្ងាត់ទៅ DSHS ដោយភ្នាក់ងារ ឬបុគ្គលដែលបានរាយ។ អ្នកក៏អាចភ្ជាប់បញ្ជីភ្នាក់ងារដែលបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មាន ដែលអ្នកដឹងត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។
- ព័ត៌មានដែលរួមបញ្ចូល: អ្នកដឹងត្រូវតែបង្ហាញកំណត់ត្រាអ្វីត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយការយល់ព្រម។ អ្នកដឹងអាចធ្វើឱ្យកំណត់ត្រាទាំងអស់អាចប្រើបាន ឬអាចកំណត់កំណត់ត្រាដែលរួមបញ្ចូលតាមកាលបរិច្ឆេទ ប្រភេទប្រភពនៃកំណត់ត្រា។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងមិនចុះហត្ថលេខាលើការយល់ព្រម ឬមិនបញ្ជាក់កំណត់ត្រាជាក់លាក់មួយ ការចែករំលែកកំណត់ត្រានោះនឹងនៅតែត្រូវបានអនុញ្ញាត បើបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ អ្នកអាចភ្ជាប់បញ្ជីកំណត់ត្រាដែលបានគ្របដណ្តប់ដែលអ្នកដឹងត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។ ប្រសិនបើកំណត់ត្រាណាមួយរួមមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (RCW 71.05.620), ការគេស្ត ឬព្យាបាល HIV/AIDS ឬ STD (RCW 70.02.220), ឬសេវាក្រឡំភ្នែក ឬគ្រឿងស្រវឹង (42 CFR 2.31(a)(5)), អ្នកត្រូវតែសម្គាល់តំបន់ទាំងនេះជាពិសេសដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកកំណត់ត្រាទាំងនេះ។ បែបបទនេះមិនមានសុពលភាពសម្រាប់ការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រក្រោម 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) ; បែបបទដោយឡែកត្រូវតែបំពេញដើម្បីរួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាទាំងនោះ។
- រយៈពេល: រួមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់សម្រាប់ការយល់ព្រម ប្រសិនបើខុសពីមួយឆ្នាំ។ ការយល់ព្រមនឹងផុតកំណត់លុះត្រាតែអ្នកកំណត់កាលបរិច្ឆេទផ្សេង។
- ការយល់ដឹង: ប្រាកដថាអ្នកដឹងយល់ដឹងការអនុញ្ញាតអ្វីកំពុងត្រូវបានផ្តល់ និងរបៀប និងមូលហេតុដែលព័ត៌មាននឹងត្រូវចែករំលែក។ បើចាំបាច់ ប្រើបែបបទដែលបានបកប្រែ ហើយអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬអានបែបបទនេះឱ្យឮ។ ប្រសិនបើអ្នកដឹងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ផ្តល់សន្លឹកបន្ថែមច្បាប់ចម្លងការជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តកិច្ចការ DSHS ឬយោងអ្នកដឹងទៅមន្ត្រីបង្ហាញសាស្ត្រាធារណៈសម្រាប់អង្គការរបស់អ្នក

ហត្ថលេខា:

- អ្នកដឹង: មានការយល់ព្រមពីអ្នកដឹង ឬកុមារលើអាយុ (13 ឆ្នាំសម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងគ្រឿងញៀន និងគ្រឿងស្រវឹង 14 ឆ្នាំសម្រាប់ HIV/AIDS និង STDs ផ្សេងទៀត អាយុណាមួយសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងកំណើត និងការរំលូតភ្នែក 18 ឆ្នាំសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព និងកំណត់ត្រាផ្សេងទៀត) ចុះហត្ថលេខាលើប្រអប់នេះ ហើយបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទនៃហត្ថលេខា។ អ្នកដឹងអាចជំនួសសញ្ញាសម្គាល់ក្នុងប្រអប់នេះដែលអ្នកជាសាក្សី។
- សាក្សី ឬសហការី: សាក្សី ឬសហការីអាចត្រូវការដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកដឹងប្រសិនបើអ្នកដឹងមិនប្រគល់បែបបទដោយផ្ទាល់ ឬប្រសិនបើកុមារវិធីស្នើសុំការផ្ទៀងផ្ទាត់។ បុគ្គលនោះត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងបោះពុម្ពឈ្មោះរបស់គាត់ ឬនាង។
- ឪពុកម្តាយ ឬតំណាងផ្សេងទៀត: ប្រសិនបើអ្នកដឹងជាកុមារក្រោមអាយុយល់ព្រម ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។ ប្រសិនបើកុមារមិនបំពេញអាយុយល់ព្រមសម្រាប់កំណត់ត្រាទាំងអស់ដែលត្រូវចែករំលែក ទាំងកុមារ និងឪពុកម្តាយត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។ ប្រសិនបើកុមារត្រូវបានប្រកាសថាគ្មានសមត្ថភាពស្របច្បាប់ តុលាការចាត់តាំងឱ្យអាណាព្យាបាលត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃលំដាប់នៃការចាត់តាំង។ ប្រសិនបើមានអាណាម្នាក់កំពុងចុះហត្ថលេខាលើសមត្ថភាពផ្សេង (រួមបញ្ចូលអ្នកដែលមានអំណាចមេធាវី ឬតំណាងអចលនទ្រព្យ) សម្គាល់ “ផ្សេងទៀត” ហើយទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃអាណាម្នាក់ច្បាប់ដើម្បីធ្វើសកម្មភាព។ អ្នកចុះហត្ថលេខាត្រូវតែចុះកាលបរិច្ឆេទហត្ថលេខា និងផ្តល់លេខទូរស័ព្ទ ឬព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។