



Queensland
Government

**Additional Student Consent for Intimate Procedures
(Hindi) - अंतरंग प्रक्रियाओं के लिए अतिरिक्त छात्र सहमति**

Child/Young Person (under 18 years)

Facility:

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex: M F I

A. क्या मरीज में क्षमता है?

हां हालांकि रोगी एक बच्चा / युवा व्यक्ति है, रोगी सूचित सहमति देने में सक्षम हो सकता है और पर्याप्त परिपक्वता, समझ और बुद्धिमत्ता रखता/ रखती है जिससे प्रस्तावित प्रक्रिया / उपचार / जांच / परीक्षा के स्वभाव, परिणामों और जोखिमों को पूरी तरह से समझने में सक्षम हो जाता है। 'Gillick competence' (Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority 1986)AC 112

→ **सेक्शन B** पर जाएं

नहीं माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति * जिसके पास माता-पिता के अधिकार और जिम्मेदारियाँ हों, इस फॉर्म को भरें और सहमति प्रदान करें।

→ **भाग E** पूरा करें।

* औपचारिक व्यवस्था, जैसे पालन-पोषण / अभिरक्षा के आदेश, गोद लेना, या अन्य औपचारिक रूप से मान्यता प्राप्त देखभालकर्ता / अभिभावक की व्यवस्था। कौंसलैंड हेल्थ ग्राइड टू इंफॉर्मेटिव डिसेज़न-मेकिंग इन हेल्थ केयर और स्थानीय नीति और प्रक्रियाओं का संदर्भ ले निर्णय लेने के अधिकार के स्रोत को नीचे दिए अनुसार लागू करें

यदि लागू हो, तो निर्णय लेने के अधिकार का स्रोत (एक को टिक करें):

अदालत के आदेश → अदालत का आदेश सत्यापित

कानूनी संरक्षक → प्रलेखन सत्यापित किया गया

अन्य व्यक्ति* → प्रलेखन सत्यापित किया गया

माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति का नाम *:

.....

बच्चे / युवा व्यक्ति से संबंध:

.....

B. पिछली सहमति

आपने अपनी प्रक्रिया के लिए पहले ही सहमति पत्र पर हस्ताक्षर कर दिए हैं। यह अतिरिक्त सहमति फॉर्म आपको यह सहमति देने के लिए कहता है नैदानिक छात्र अवलोकन / सहायता और / या आचरण करते हुए शिक्षण उद्देश्यों के लिए अंतरंग जांच (जांचें) या प्रक्रिया(प्रक्रियाएँ)

अंतरंग प्रक्रिया एक ऐसी प्रक्रिया से संबंधित है जो एक अंतरंग भाग में होती है, आमतौर पर स्तन, जननांग या एक आंतरिक जांच (योनि या गुदा की) रोगी के सांस्कृतिक मूल्य और विश्वास भी निर्धारित कर सकते हैं कि क्या अंतरंग माना जाता है

C. पेशेवर प्रशिक्षण उद्देश्यों के लिए छात्र परीक्षा / प्रक्रिया

प्रशिक्षण लेने के उद्देश्य से, नैदानिक छात्र चिकित्सा जांच (जांचें) या प्रक्रिया (ओं) का अवलोकन कर सकते हैं और आपकी सहमति के अधीन रोगी की बेहोशी की दवा के प्रभाव में जांच या प्रक्रिया में सहायता / संचालन भी कर सकते हैं,

मैं / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति * की एक नैदानिक छात्र (छात्रों) के लिए सहमति जो प्रशिक्षण ले रहे हैं :

• जांच प्रक्रिया का निरीक्षण करें हां नहीं

• जांच प्रक्रिया में सहायता करें हां नहीं

• जांच प्रक्रिया का संचालन करें हां नहीं

रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति * की सहमति

रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति का नाम *:

.....

हस्ताक्षर: तिथि:

.....

मैं किसी भी कानूनी या अन्य कारण से अवगत नहीं हूँ, जो मुझे इस बच्चे / युवा व्यक्ति के लिए इस उपचार के लिए अप्रतिबंधित सहमति देने से रोकता हो (यदि बच्चा / युवा व्यक्ति इलाज के लिए सहमति देने में सक्षम है और इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करता है तो यह लागू नहीं होता)

D. चिकित्सक/क्लिनिकन के लिए सूचना

मैंने रोगी / माता-पिता / कानूनी अभिभावक / अन्य व्यक्ति* को यह अतिरिक्त जानकारी दे दी है और और मेरी राय यह है कि इसकी समझ लग गई है।

चिकित्सक/क्लिनिकन का नाम:

.....

पद:

.....

पद:

तारीख:

.....

DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

v2.00 [Translated: 2022]
Clinical content review: 2019
Clinical check: 10/2020
Published: 01/2021



SW9490

ADDITIONAL STUDENT CONSENT FOR INTIMATE PROCEDURES