

# ใบยินยอมให้ทำการฉีดวัคซีน BCG

เวอร์ชัน 2 – พฤษภาคม 2013

Thai

- ข้าพเจ้าได้รับแผ่นข้อมูลเกี่ยวกับโรค TB และการฉีดวัคซีน BCG ที่เป็นภาษาที่ข้าพเจ้าเข้าใจแล้ว ได้มีการจัดบริการล่าม/ผู้ให้ความช่วยเหลือด้านวัฒนธรรมตามที่ข้าพเจ้าได้ทำการขอไป
- ข้าพเจ้าได้ทำการตอบคำถามที่มีอยู่ในแผ่นข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน BCG เรียบร้อยแล้ว
- ข้าพเจ้าเข้าใจรายละเอียดของการฉีดวัคซีน BCG รวมทั้งเข้าใจถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีน (รวมถึงความเสี่ยงสำคัญๆหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในกรณีของข้าพเจ้า) และผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นถ้าเหตุการณ์ความเสี่ยงนั้นเกิดขึ้นจริง
- ข้าพเจ้าได้มีโอกาสถามคำถามเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน BCG และพอใจกับคำตอบที่ได้รับจากคำถามเหล่านั้น

## คำยินยอม

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมกับการฉีดวัคซีน BCG

ชื่อคนไข้ (กรุณาเขียนตัวพิมพ์ใหญ่): \_\_\_\_\_

ชื่อคนไข้/ผู้ปกครอง (ถ้าเป็นเด็ก) หรือผู้ตัดสินใจแทน (ตามการตีความของกฎหมาย Powers of Attorney Act 1998 และ/หรือ กฎหมาย Guardianship and Administration Act 2000) (กรุณาเขียนตัวพิมพ์ใหญ่):

ลายเซ็นและลงวันที่: \_\_\_\_\_

## คำแถลงของล่าม

(ให้กรอกส่วนนี้ถ้ามีการใช้บริการล่าม/ผู้ให้ความช่วยเหลือด้านวัฒนธรรม)

ดิฉัน/ผมได้แปลใบให้ความยินยอมนี้เป็นคำพูด (รวมทั้งแปลข้อมูลอื่นๆที่ทางคลินิกให้กับคนไข้) เป็นภาษาที่คนไข้เข้าใจได้ซึ่งได้แก่ภาษา:

\_\_\_\_\_ (ระบุภาษา)

ชื่อของล่าม: \_\_\_\_\_

ลายเซ็นและลงวันที่: \_\_\_\_\_

# CONSENT for BCG Vaccination

Version 2 – May 2013

- I have received fact sheets about TB and BCG vaccination in a language which I understand. An interpreter service/cultural support person was provided as requested by me.
- I have responded to the questions in the BCG Vaccination Fact Sheet.
- I understand the details of the BCG vaccination, the risks of the vaccination (including any significant risks or problems which are specific to me) and the likely outcomes if those risks occur.
- I was given the opportunity to ask questions about the BCG vaccination. Any questions asked have been answered to my satisfaction.

## Consent

I consent to the administration of the BCG vaccination.

Name of patient (please print): \_\_\_\_\_

Name of parent / guardian (if a child) or substitute decision maker (under the *Powers of Attorney Act 1998* and or the *Guardianship and Administration Act 2000*) (please print):

\_\_\_\_\_

Signature and Date: \_\_\_\_\_

## Interpreter's statement

(To be completed if interpreter service / cultural support person was provided)

I have given a verbal translation of this consent form (and any other information given to the patient by the clinic) in a language that the patient understands, which is:

\_\_\_\_\_ (specify language)

Name of interpreter: \_\_\_\_\_

Signature and Date: \_\_\_\_\_