

الموافقة على فحص السلين الجلدي

الإصدار 2 - مايو/أيار 2013

Arabic

- استلمت ورقة معلومات حول فحص السلين الجلدي بلغة أفهمها. وتم توفير خدمة ترجمة شفوية / شخص لتقديم الدعم الثقافي حسب طلبتي.
- أجببت على الأسئلة الواردة في ورقة المعلومات الخاصة بفحص السلين الجلدي.
- أفهم تفاصيل فحص السلين الجلدي (بما في ذلك أي مخاطر أو مشاكل كبيرة قد تكون متعلقة بي) والنتائج المحتملة إذا حدثت تلك المخاطر.
- تم إعطائي الفرصة لطرح أي أسئلة حول فحص السلين الجلدي. وتمت الإجابة بصورة مقتعة على أي أسئلة قمت بطرحها.

موافقة

أوافق على الخضوع لفحص السلين الجلدي.

اسم المريض (يرجى الكتابة بخط واضح): _____

اسم الوالدة) / الوصي (الوصية) (للطفل) أو متخذ القرار البديل (بموجب قانون الوكالات القانونية لعام 1998 وقانون الوصاية والإدارة لعام 2000) (يرجى الكتابة بخط واضح): _____

التوقيع والتاريخ: _____

إفادة المترجم الشفوي

(تتم تعبئتها في حال توفير خدمة ترجمة شفوية / شخص لتقديم الدعم الثقافي)

قمت بتقديم ترجمة شفوية لاستمارة الموافقة هذه (وأي معلومات أخرى تم تقديمها للمرض بواسطة العيادة) بلغة يفهمها المريض، وهي:

(يرجى تحديد اللغة) _____

اسم المترجم الشفوي: _____

التوقيع والتاريخ: _____

CONSENT for Tuberculin Skin Test

Version 2 – May 2013

- I have received fact sheet about the Tuberculin Skin Test 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 Tuberculin Skin Test Fact Sheet.
- I understand the details of the Tuberculin Skin Test (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 Tuberculin Skin Test. Any questions asked have been answered to my satisfaction.

Consent

I consent to the administration of the Tuberculin Skin Test.

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: _____