



**Queensland Government**

**Additional Student Consent for Intimate Procedures (Punjabi) - ਨਿੱਜੀ ਅੰਗਾਂ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਲਈ ਵਧੀਕ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ**  
 Adult (18 years and over)

Facility: .....

(Affix identification label here)

URN:

Family name:

Given name(s):

Address:

Date of birth:

Sex:  M  F  I

**ਏ. ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਵਿਚ ਸਮਰੱਥਾ ਹੈ?**

- ਹਾਂ → ਭਾਗ ਬੀ 'ਤੇ ਜਾਓ
- ਨਹੀਂ → ਭਾਗ ਏ ਪੂਰਾ ਕਰੋ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਐਡਵਾਂਸ ਰੈਲਥ ਡਾਇਰੈਕਟਿਵ (ਏ.ਐੱਚ.ਡੀ.) ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜਾਂ ਜੋ ਕੋਈ ਏ.ਐੱਚ.ਡੀ.(ADH) ਨਹੀਂ ਹੈ, ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਕ੍ਰਮ ਵਿੱਚ ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਤੋਂ ਸਹਿਮਤੀ ਲੈਣਾ: ਸ਼੍ਰੇਣੀ 1. ਟ੍ਰਿਬਿਊਨਲ ਦੁਆਰਾ ਨਿਯੁਕਤ ਸਰਪ੍ਰਸਤ; 2. ਮੁਖਤਿਆਰਨਾਮਾ ਰੱਖਣ ਵਾਲੇ ਦੀ; ਜਾਂ 3. ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸਿਹਤ ਮੁਖਤਿਆਰ।

ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ:

ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸ਼੍ਰੇਣੀ:

**ਬੀ. ਪਿਛਲੀ ਸਹਿਮਤੀ**

ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਹਨ। ਇਹ ਵਧੀਕ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਵਿਦਿਆਰਥੀ (ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ) ਨੂੰ ਸਿੱਖਿਆ ਲੈਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਵਜੋਂ ਦੇਖਣ / ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਅਤੇ / ਜਾਂ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਜਾਂਚ (ਜਾਂਚਾਂ) ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ) ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਲਈ ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ।

ਨਿੱਜੀ ਅੰਗਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਇਕ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ ਰੱਖਦੀ ਹੈ ਜੋ ਨਿੱਜੀ ਅੰਗਾਂ ਦੇ ਆਸਪਾਸ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਛਾਤੀਆਂ, ਜਣਨ ਅੰਗ ਜਾਂ ਅੰਦਰੂਨੀ ਜਾਂਚ (ਯੋਨੀ ਜਾਂ ਗੁਦੇ) ਦੀ। ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਕਦਰਾਂ-ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਵੀ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿ ਨਿੱਜੀ ਕਿਸਨੂੰ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

**ਸੀ. ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਸਿਖਲਾਈ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਪ੍ਰੀਖਿਆ / ਵਿਧੀ**

ਸਿਖਲਾਈ ਲੈਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ, ਕੋਈ ਕਲੀਨਿਕਲ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂਚ(ਜਾਂਚਾਂ) ਜਾਂ ਕਾਰਜ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਦਾ ਨਿਰੀਖਣ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ / ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਬੇਹੋਸ਼ ਹੈ।

ਮੈਂ / ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਵਿਅਕਤੀ, ਸਿਖਲਾਈ ਅਧੀਨ ਕਲੀਨਿਕਲ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ:

- ਜਾਂਚ (ਚਾਂ) / ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ) ਨੂੰ ਦੇਖਣ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
- ਜਾਂਚ (ਚਾਂ) / ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ) ਵਿਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ
- ਜਾਂਚ (ਚਾਂ) / ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ(ਵਾਂ) ਕਰਨ  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

**ਮਰੀਜ਼ / ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ**

ਮਰੀਜ਼ / ਬਦਲਵੇਂ ਤੌਰ 'ਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ:

ਦਸਤਖਤ:

ਤਾਰੀਖ:



**ਡੀ. ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ**

ਮੈਂ ਮਰੀਜ਼ / ਮਾਪਿਆਂ / ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ / ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ \* ਇਸ ਵਧੀਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਮਝਾਇਆ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਇਹ ਰਾਇ ਰੱਖਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸਨੂੰ ਸਮਝ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਡਾਕਟਰ / ਕਲੀਨੀਸ਼ੀਅਨ ਦਾ ਨਾਮ:

ਅਹੁਦਾ:

ਦਸਤਖਤ:

ਤਾਰੀਖ:



DO NOT WRITE IN THIS BINDING MARGIN

