

موافقت برای آزمایش جلدی توبرکولین

نسخه دوم - می 2013

Dari

- من ورقه معلومات در مورد آزمایش جلدی توبرکولین را به لسانی که میدانم دریافت کرده ام. به اثر تقاضای من یک مترجم/ کارمند حامیوی فرهنگی برایم در نظر گرفته شده بود.
- من به سوالاتی که در ورقه معلومات آزمایش جلدی توبرکولین بود جواب داده ام.
- من جزییات آزمایش جلدی توبرکولین (بشمول خطرات مهم یا مشکلات که برای من خاص هستند) و نتایج ممکنه آن را، اگر این خطرات واقع شود میفهمم.
- به من موقع داده شده بود تا در مورد آزمایش جلدی توبرکولین سوال نمایم. هر نوع سوالی را که پرسیدم بصورت رضایت بخشی برایم پاسخ داده شد.

موافقت

من رضایت میدهم که آزمایش جلدی توبرکولین برایم اجرا شود.

اسم مریض (لطفاً به حروف بزرگ بنویسید): _____

اسم والدین / ولی (اگر مریض طفل باشد) یا شخصی که تصمیم گیرنده است (تحت قانون سال 1998 صلاحیت وکالت و یا قانون سال 2000 قیمومیت و اداره) (Powers of Attorney Act 1998 and or the Guardianship and Administration Act 2000)

لطفاً به حروف بزرگ بنویسید: _____

امضا و تاریخ: _____

اظهاریه مترجم

(در صورتیکه مترجم / شخص حامیوی فرهنگی در نظر گرفته شده باشد تکمیل شود)

من یک ترجمانی شفاهی از این فورمه رضایت را (و هر نوع معلومات دیگری را که مرکز صحتی به مریض داده است) به

لسانی که مریض میفهمد داده ام. این لسان عبارت است از: _____ (لسان را مشخص سازید)

اسم مترجم: _____

امضا و تاریخ: _____

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: _____