

سري

الموافقة على الفحص

يجب ان يتلى هذا النموذج على الشخص المراجع أو الوصي بلغته/ لغتها الأولى. وشرح بوضوح للشخص المراجع ما هي الإجراءات المتضمنة في الفحص الطبي واسمح له/ لها بإختيار أي من الخيارات المدرجة. باستطاعة الناجي/ الناجية ان يغير رأيه في أي وقت ويتم تعبئة نموذج جديد.

أنا، _____، أعطي موافقتي إلى _____

(اسم ووظيفة مقدم الرعاية الطبية)

من اجل إجراء التالي (إختار واحد من الخيارات ولا تتركه فارغاً):

• فحص طبي	نعم	لا
• فحص حوضي	نعم	لا
• فحص منظار (إذا كان ضروري طبياً)	نعم	لا
• جمع الأدلة، مثل عينات سوائل الجسم، جمع الملابس، الشعر المتساقط من التمشيط، بقايا وقطع الأظافر.	نعم	لا
• سحب الدم من اجل فيروس نقص المناعة البشرية HIV (أو حدد ما هو الغرض)	نعم	لا
• تقديم أدلة ومعلومات طبية إلى الشرطة و/أو المحاكم فيما يتعلق بحالتي، وسوف تكون هذه المعلومات محددة لنتائج هذا الفحص وأي عناية متابعة ذات علاقة يتم تقديمها.	نعم	لا

انا أدرك أنه باستطاعتي رفض أي جانب من الفحص لا أرغب بالخضوع له.

توقيع الشخص المراجع/الوصي: _____

توقيع الموظف: _____ التاريخ: _____ (يوم/شهر/سنة)