**Source Consent**

**CONSENT FOR BLOOD TESTS AGAINST BLOOD TRANSMITTED COMMUNICABLE DISEASES FOLLOWING NEEDLE STICK INJURY**

Due to a recent incident, I have been requested to have my blood tested. I understand the risk of infection following accidental blood exposure.

I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hereby consent to my blood being tested for HIV (Human Immunodeficiency Virus), Hepatitis B, Hepatitis C viruses and/or any other possible blood borne pathogens.

I understand that the results of this blood test will only be confidentially released to those healthcare providers directly responsible for my care and treatment and to the National Ambulance Occupational Health Service to be used as evidence to confirm or exclude the exposure of the injured staff to the blood borne pathogens.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient’s Full Name

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date

**موافقة على إجراء فحص الدم ضد الأمراض الوبائية المنقولة بالدم بعد التعرض للإصابة بوخز الإبرة**

تباعاً لحادثة وقعت مؤخراً وكإجراء وقائي، طلب مني إجراء فحص مخبري لدمي. أنا أتفهم خطر الإصابة بالعدوى للأمراض الوبائية نتيجة لحادثة الوخز بالإبرة والتعرض لدم الغير.

أقر أنا \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، بالموافقة على إجراء فحص مخبري لدمي ضد فيروس نقص المناعة البشرية و التهاب الكبد الوبائي B و التهاب الكبد C و/أو أي سبب مرضي آخر ينتقل بواسطة الدم.

إنني أتفهم أن نتائج فحص الدم سوف يتم التعامل معها بسرية من قبل مقدمي الرعاية الصحية المسؤولين بشكل مباشر عن رعايتي وعلاجي إضافة إلى قسم الصحة المهنتة للإسعاف الوطني لإستخدامها كدليل لتأكيد أو نفي تعرض المسعف إلى مسببات الأمراض المنقولة بالدم.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**إسم المريض بالكامل**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**التوقيع**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**التاريخ**