

Gravity Hospital & Research Centre – HBsAg TEST INFORMED CONSENT FORM

Address: Gat No, 167, Sahyog Nager, Triveni Nagar, Chowk, Pimpri-Chinchwad,
Maharashtra 411062

Mob.: +91 1234567890

Email: support@gravityhospital.com

PATIENT DETAILS

- **Patient Name:** _____
 - **PRN No.:** _____
 - **Age:** _____
 - **Sex:** _____
 - **IPD No.:** _____
 - **Ward:** _____
 - **Bed No.:** _____
-

1. INFORMED CONSENT FOR HBsAg TEST (ENGLISH – FULL & ELABORATIVE)

I have been offered a blood test known as the **HBsAg (Hepatitis B Surface Antigen) test**, which is performed to detect infection with the **Hepatitis B Virus (HBV)**, the causative agent of Hepatitis B.

I understand that this blood test may be performed by an external or reference laboratory as part of my medical evaluation.

I have been informed that:

- A **positive test result** may require additional confirmatory or follow-up tests.
- A **negative test result** does not always completely rule out Hepatitis B infection, especially during certain stages of the disease.

I understand that the results of this test will be released only to authorized healthcare professionals involved in my care and, where applicable, to insurance providers, strictly as permitted by applicable laws and regulations.

I understand that the test results will become part of my permanent medical record and may be released only if I have provided authorization for disclosure of medical information.

I have also been informed that **not all health insurance policies cover the cost of Hepatitis B testing**. If my insurance provider declines payment, I understand that I will be personally responsible for the cost of the test.

I am aware that additional information regarding Hepatitis B infection, its transmission, implications, and antibody testing is available upon request. I confirm that I have been given adequate opportunity to ask questions and that all my questions have been answered to my satisfaction before giving my consent.

Consent / Decline Options (ENGLISH)

☐ **OPTION 1 – CONSENT**

I hereby give my informed consent for the performance of the HBsAg blood test and for the release of results as described above.

Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Time: _____

Witness Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Time: _____

☐ **OPTION 2 – DECLINE**

I decline the opportunity to undergo the HBsAg / HBV blood test at this time.

Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Time: _____

Witness Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Time: _____

Doctor Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Time: _____



****एचबीएसएजी (HBsAg) जांच हेतु सूचित सहमति पत्र**

(HINDI – पूर्ण व विस्तार से)**

मुझे HBsAg (हेपेटाइटिस-बी सरफेस एंटीजन) रक्त जांच के बारे में जानकारी दी गई है, जो हेपेटाइटिस-बी वायरस (HBV) संक्रमण का पता लगाने के लिए की जाती है। यह वायरस हेपेटाइटिस-बी रोग का कारण होता है।

मुझे यह भी बताया गया है कि यह रक्त जांच कभी-कभी बाहरी या संदर्भ प्रयोगशाला द्वारा की जा सकती है।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि:

- यदि जांच का परिणाम सकारात्मक आता है, तो आगे की अतिरिक्त जांच आवश्यक हो सकती है।
- यदि जांच का परिणाम नकारात्मक आता है, तो भी हेपेटाइटिस-बी संक्रमण की संभावना पूरी तरह समाप्त नहीं होती।

मुझे बताया गया है कि इस जांच की रिपोर्ट केवल उन्हीं स्वास्थ्य-सेवा कर्मियों एवं बीमा कंपनियों को दी जाएगी जो मेरे उपचार या बीमा कवरेज से संबंधित हैं, और वह भी लागू कानूनों के अनुसार।

मैं समझता/समझती हूँ कि इस जांच की रिपोर्ट मेरे मेडिकल रिकॉर्ड का हिस्सा बनेगी और केवल मेरी अनुमति से ही साझा की जाएगी।

मुझे यह भी बताया गया है कि सभी बीमा योजनाएं हेपेटाइटिस-बी जांच का खर्च नहीं उठातीं। यदि बीमा कंपनी भुगतान से इनकार करती है, तो जांच का खर्च मुझे स्वयं वहन करना होगा।

मुझे हेपेटाइटिस-बी तथा संबंधित जांचों के बारे में अतिरिक्त जानकारी मांगने का अवसर दिया गया है। मैं यह पुष्टि करता/करती हूँ कि मुझे प्रश्न पूछने का पूरा अवसर दिया गया और मेरे सभी प्रश्नों का संतोषजनक उत्तर दिया गया है।

सहमति / असहमति विकल्प (HINDI)

☐ विकल्प 1 – सहमति

मैं HBsAg रक्त जांच कराने तथा उसकी रिपोर्ट जारी करने के लिए अपनी सूचित सहमति देता/देती हूँ।

नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

दिनांक: ____ / ____ / ____

समय: _____

साक्षी का नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

दिनांक: ____ / ____ / ____

समय: _____

☐ विकल्प 2 – असहमति

मैं वर्तमान समय में HBsAg / HBV रक्त जांच कराने से इंकार करता/करती हूँ।

नाम: _____
हस्ताक्षर: _____
दिनांक: ____ / ____ / ____
समय: _____

साक्षी का नाम: _____
हस्ताक्षर: _____
दिनांक: ____ / ____ / ____
समय: _____

डॉक्टर का नाम: _____
हस्ताक्षर: _____
दिनांक: ____ / ____ / ____
समय: _____

**HBsAg तपासणीसाठी संमतीपत्र

(MARATHI – पूर्ण व सविस्तर)**

रुग्णाच्या वैद्यकीय तपासणी व उपचाराच्या दृष्टीने **HBsAg (Hepatitis-B Surface Antigen)** ही रक्ततपासणी करण्याची माहिती मला देण्यात आली आहे. ही तपासणी **Hepatitis-B Virus (HBV)** या विषाणूमुळे होणाऱ्या आजाराचे निदान करण्यासाठी केली जाते.

मला समजावून सांगण्यात आले आहे की ही तपासणी कधी-कधी बाह्य किंवा संदर्भ प्रयोगशाळेमार्फत केली जाऊ शकते.

मला हेही स्पष्ट करण्यात आले आहे की:

- तपासणीचा सकारात्मक अहवाल आल्यास पुढील तपासण्या करणे आवश्यक ठरू शकते.
- तपासणीचा नकारात्मक अहवाल आला तरीही आजाराची शक्यता पूर्णपणे नाकारली जात नाही.

तपासणीचा अहवाल फक्त उपचार करणाऱ्या वैद्यकीय कर्मचार्यांना व आवश्यक असल्यास विमा कंपन्यांना, कायद्याच्या चौकटीत राहूनच दिला जाईल, हे मला समजले आहे.

हा अहवाल माझ्या वैद्यकीय नोंदींचा भाग राहील आणि माझ्या परवानगीशिवाय तो उघड केला जाणार नाही.

मला हेही सांगण्यात आले आहे की सर्व विमा पॉलिसीमध्ये Hepatitis-B तपासणीचा खर्च समाविष्ट असेलच असे नाही. विमा कंपनीने खर्च नाकारल्यास तपासणीचा खर्च मला स्वतः भरावा लागेल.

मला Hepatitis-B व या तपासणीविषयी अधिक माहिती मागण्याची संधी देण्यात आली असून, माझ्या सर्व शंकांचे समाधानकारक निरासन करण्यात आले आहे.

संमती / नकार पर्याय (MARATHI)

☐ पर्याय 1 – संमती

मी HBsAg रक्ततपासणी करण्यासाठी व तिचा अहवाल जाहीर करण्यासाठी संमती देत आहे.

नाव: _____
स्वाक्षरी: _____
तारीख: ____ / ____ / ____
वेळ: _____

साक्षीदाराचे नाव: _____
स्वाक्षरी: _____
तारीख: ____ / ____ / ____
वेळ: _____

☐ पर्याय 2 – नकार
मी सध्या HBsAg / HBV रक्ततपासणी करण्यास नकार देत आहे.

नाव: _____
स्वाक्षरी: _____
तारीख: ____ / ____ / ____
वेळ: _____

साक्षीदाराचे नाव: _____
स्वाक्षरी: _____
तारीख: ____ / ____ / ____
वेळ: _____

डॉक्टरांचे नाव: _____
स्वाक्षरी: _____
तारीख: ____ / ____ / ____
वेळ: _____

END OF HBsAg CONSENT FORM
