

Gravity Hospital & Research Centre – HIV 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.:** _____
-

INFORMED CONSENT FOR HIV TEST (ENGLISH – FULL & ELABORATIVE)

I have been offered a blood test for the detection of antibodies to the **Human Immunodeficiency Virus (HIV)**, which is the causative agent of **Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)**. This test may be performed by an external or reference laboratory as part of my medical evaluation.

I understand that this test may not be conclusive in all situations. A **positive result** may require additional confirmatory testing, and a **negative result** does not necessarily rule out HIV infection, especially during the window period.

I have been informed that the results of this test will be released **only to authorized healthcare personnel** involved in my care and, where applicable, to **insurance companies** providing coverage, strictly as permitted by applicable laws. I understand that these test results will become part of my **confidential medical record** and will be released only if I have signed an authorization for disclosure of medical information.

I understand that **not all health insurance plans cover HIV testing**. If my insurance company declines coverage, I agree that I will be personally responsible for payment of the test.

I am aware that additional information regarding **HIV/AIDS, transmission, prevention, implications, and antibody testing** is available upon request. I acknowledge that I have been given adequate opportunity to ask questions and that all my questions have been answered to my satisfaction prior to signing this consent.

Consent / Decline Options (ENGLISH)

☐ **OPTION 1 – CONSENT**

I hereby give my informed consent for the performance of the HIV 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 HIV blood test at this time.

Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Time: _____

Witness Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Time: _____

Doctor Name: _____

Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

Time: _____



****एचआईवी (HIV) जांच हेतु सूचित सहमति पत्र**

(HINDI – पूर्ण व विस्तार से)**

मुझे एचआईवी (Human Immunodeficiency Virus) संक्रमण का पता लगाने हेतु रक्त जांच की पेशकश की गई है। यह वायरस एड्स (AIDS) रोग का कारण होता है। यह जांच कभी-कभी बाहरी या संदर्भ प्रयोगशाला द्वारा भी की जा सकती है।

मैं यह समझता/समझती हूँ कि यह जांच हर परिस्थिति में निर्णायक नहीं हो सकती। सकारात्मक परिणाम आने पर अतिरिक्त पुष्टिकरण जांच की आवश्यकता हो सकती है तथा नकारात्मक परिणाम आने पर भी, विशेषकर प्रारंभिक अवधि (विंडो पीरियड) में, एचआईवी संक्रमण की संभावना पूरी तरह समाप्त नहीं होती।

मुझे यह भी बताया गया है कि इस जांच की रिपोर्ट केवल अधिकृत स्वास्थ्य-सेवा कर्मियों तथा आवश्यक होने पर बीमा कंपनियों को ही, लागू कानूनों के अनुसार, उपलब्ध कराई जाएगी। यह रिपोर्ट मेरे गोपनीय चिकित्सा अभिलेख का हिस्सा होगी और केवल मेरी अनुमति से ही साझा की जाएगी।

मैं समझता/समझती हूँ कि सभी बीमा योजनाएं एचआईवी जांच का खर्च नहीं उठातीं। यदि बीमा कंपनी भुगतान से इनकार करती है, तो जांच का खर्च मुझे स्वयं वहन करना होगा।

मुझे एचआईवी/एड्स, उसके प्रसार, रोकथाम, प्रभाव तथा एंटीबायोजी जांच के संबंध में अतिरिक्त जानकारी मांगने का अवसर दिया गया है। मैंने अपने सभी प्रश्न पूछ लिए हैं और मुझे संतोषजनक उत्तर प्राप्त हुए हैं।

सहमति / असहमति विकल्प (HINDI)

☐ विकल्प 1 – सहमति

मैं एचआईवी 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 एचआईवी रक्त जांच कराने से इंकार करता/करती हूँ।

नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

दिनांक: ____ / ____ / ____

समय: _____

साक्षी का नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

दिनांक: ____ / ____ / ____

समय: _____

डॉक्टर का नाम: _____

हस्ताक्षर: _____

दिनांक: ____ / ____ / ____
समय: _____

**HIV तपासणीसाठी संमतीपत्र

(MARATHI – पूर्ण व सविस्तर)**

मला HIV (Human Immunodeficiency Virus) या विषाणूची लागण झाली आहे का हे तपासण्यासाठी रक्ततपासणी करण्याबाबत माहिती देण्यात आली आहे. हा विषाणू AIDS या आजारास कारणीभूत असतो. ही तपासणी कधी-कधी बाह्य किंवा संदर्भ प्रयोगशाळेमार्फत केली जाऊ शकते.

मला हे समजावून सांगण्यात आले आहे की ही तपासणी नेहमीच निर्णायक ठरेल असे नाही. सकारात्मक अहवाल आल्यास पुढील पुष्टीकरण तपासण्या आवश्यक ठरू शकतात आणि नकारात्मक अहवाल आला तरीही, विशेषतः प्रारंभिक टप्प्यात, आजाराची शक्यता पूर्णपणे नाकारली जात नाही.

तपासणीचा अहवाल फक्त अधिकृत वैद्यकीय कर्मचाऱ्यांना व आवश्यक असल्यास विमा कंपन्यांना, कायद्याच्या चौकटीत राहूनच दिला जाईल. हा अहवाल माझ्या गोपनीय वैद्यकीय नोंदीचा भाग राहील व माझ्या परवानगीशिवाय उघड केला जाणार नाही.

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

मला HIV/AIDS, त्याचा प्रसार, प्रतिबंध, परिणाम व तपासणीविषयी अधिक माहिती मागण्याची संधी देण्यात आली आहे. माझ्या सर्व शंकांचे समाधानकारक निरसन करण्यात आले आहे.

संमती / नकार पर्याय (MARATHI)

☐ पर्याय 1 – संमती

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

नाव: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: ____ / ____ / ____

वेळ: _____

साक्षीदाराचे नाव: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: ____ / ____ / ____

वेळ: _____

☐ पर्याय 2 – नकार

मी सध्या HIV रक्ततपासणी करण्यास नकार देत आहे.

नाव: _____

स्वाक्षरी: _____

तारीख: ____ / ____ / ____
वेळ: _____

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

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

END OF HIV CONSENT FORM
