

## অংশগ্রহণকারী সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠানের জন্য রোগীর সম্মতি ফর্ম

আমি “বুকলিন হেলথ ইনফরমেশন এক্সচেঞ্জ : শিক্ষামূলক তথ্যপত্র” শীর্ষক নথিটি পেয়েছি যাতে ব্যাখ্যা করা হয়েছে কীভাবে বুকলিন হেলথ ইনফরমেশন এক্সচেঞ্জ (“BHIX”) কাজ করে, কীভাবে সেটি পরিচালনা করা হয় এবং কীভাবে আমি আমার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্যে BHIX এ অংশগ্রহণকারী হাসপাতাল, নার্সিং হোম, হোম হেলথ এজেন্সি এবং অন্যান্য চিকিৎসা সেবাদানকারীদের প্রবেশাধিকার দিতে পারি। যদি রোগীর আইনসম্মত প্রতিনিধি হিসেবে আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর করি, তাহলে আমি জেনেছি যে এই ফর্মে “আমি” অথবা “আমার” উল্লেখ করা হলে তার দ্বারা রোগীকে বোঝানো হবে।

আমার সেবায় নিযুক্ত প্রতিটি অংশগ্রহণকারী সেবাদানকারী প্রতিষ্ঠান (“অংশগ্রহণকারী প্রোভাইডার”) BHIX এর মাধ্যমে আমার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য দেখতে চাইলে তাদের পৃথকভাবে আমার সম্মতি নিতে হবে। \_\_\_\_\_ হল BHIX এর একজন অংশগ্রহণকারী প্রোভাইডার। আমি জেনেছি যে যদি আমি নিচে আমার সম্মতি দিই, তাহলে আমি এতদ্বারা \_\_\_\_\_ কে এবং \_\_\_\_\_ কর্তৃক অনুমতিপ্রাপ্ত সব ব্যক্তিকে BHIX ব্যবহার করার অনুমতি দিচ্ছি যাতে তাঁরা BHIX এর মাধ্যমে আমার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্যে প্রবেশাধিকার পেতে পারেন।

- উদ্দেশ্য :** আমি জেনেছি যে আমার চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্য শুধু আমার চিকিৎসার জন্য এবং \_\_\_\_\_ তার রোগীদের যে চিকিৎসা সেবা দেয় তার মানের মূল্যায়ন এবং উন্নতির জন্য ব্যবহৃত হবে।
- তথ্যের ধরন :** আমি জেনেছি যে এই সম্মতির মাধ্যমে আমি আমার সম্পর্কিত সব চিকিৎসা তথ্যে প্রবেশাধিকার দিচ্ছি যার মধ্যে নিম্নলিখিত বিষয়ে সংবেদনশীল তথ্যও অন্তর্ভুক্ত যদিও এই অনুমতি শুধু এই তথ্যের ক্ষেত্রেই সীমিত নয় :
  - এইচ.আই.ভি./এইডস
  - জিনগত রোগ অথবা জিন সংক্রান্ত পরীক্ষা
  - যৌন সংগমের মাধ্যমে পরিবাহিত রোগসমূহ
  - মানসিক স্বাস্থ্য
  - মদ অথবা মাদকদ্রব্যের অপব্যবহারের চিকিৎসা
  - পরিবার পরিকল্পনা
- স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যের সূত্র :** BHIX এর মাধ্যমে যে তথ্যে প্রবেশাধিকার পাওয়া যায় তা চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্যের বিভিন্ন সূত্র থেকে আসে (“স্বাস্থ্য বিষয়ক তথ্যের সূত্র”)। চিকিৎসা বিষয়ক তথ্যের এইসব সূত্রের মধ্যে থাকতে পারে অংশগ্রহণকারী প্রোভাইডার, চিকিৎসা সেবাদানকারী অন্যান্য সংস্থা (যেমন ওয়ুথের দোকান এবং ক্লিনিক্যাল পরীক্ষাগার), চিকিৎসা বিমাকারী, নিউ ইয়র্ক স্টেট এর মেডিকেইড কর্মসূচি এবং চিকিৎসা তথ্য আদানপ্রদানকারী অন্যান্য সংস্থা। চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্যের বর্তমান উৎসগুলির একটি পূর্ণাঙ্গ তালিকা [www.bhix.org](http://www.bhix.org) ওয়েবসাইট এ পাওয়া যেতে পারে। BHIX এর বৃদ্ধির সঙ্গে সঙ্গে সময়ে সময়ে এই তালিকাটি পরিবর্তিত হতে পারে।
- এই সম্মতির দ্বারা আমি এই ফর্মে স্বাক্ষর করার আগে এবং পরে যে চিকিৎসা বিষয়ক তথ্য তৈরি হয়েছে তার সবচেয়ে \_\_\_\_\_ কে প্রবেশাধিকার দেওয়া হচ্ছে। আমি জেনেছি যে আমার সম্পর্কিত তথ্য \_\_\_\_\_ কর্তৃক শুধু ততটাই পুনরায় প্রকাশিত হবে যতটা প্রয়োজ্য আইন এবং প্রবিধান অনুযায়ী হওয়া সম্ভব। আমি জেনেছি যে যদি আমি সম্মতি দিই, তাহলে আমার সম্মতি ততদিন পর্যন্ত কার্যকরী থাকবে যতদিন পর্যন্ত না আমার সম্মতি প্রত্যাহার করে নেওয়া অথবা BHIX তার কাজকর্ম বন্ধ করে দেওয়ার মধ্যে কোনো একটি ঘটবে।
- আমি জেনেছি যে যদি আমি মনোভাব পরিবর্তন করি এবং সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে চাই, তাহলে আমি সম্মতি প্রত্যাহারের ফর্মে স্বাক্ষর করতে পারি। যদি আমি সম্মতি প্রত্যাহার করে নিই, তাহলে \_\_\_\_\_ গতানুগতিকভাবে আর আমার সম্পর্কিত চিকিৎসা তথ্যে BHIX এর মাধ্যমে দেখতে পারবে না যদি না এবং যতক্ষণ পর্যন্ত না আমি পুনরায় একটি নতুন রোগীদের সম্মতি ফর্ম পূরণ করে এবং তাতে স্বাক্ষর করে সম্মতি প্রদান করি। সম্মতি প্রত্যাহার করে নিলে সম্মতি বলবৎ থাকাকালীন যে চিকিৎসা সম্পর্কিত তথ্যের আদানপ্রদান হয়েছিল তা প্রভাবিত হবে না।
- আমি জেনেছি যে যদি আমি নিচে সম্মতি প্রদান করতে অস্বীকার করি তাহলে BHIX এর মাধ্যমে \_\_\_\_\_ আমার চিকিৎসা বিষয়ক তথ্যে প্রবেশাধিকার পাবে না — *এমনকী জরুরি পরিস্থিতিতেও*।
- আমি জেনেছি যে BHIX এ অংশগ্রহণের সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণ স্বৈচ্ছাপ্রসূত। আমি যদি BHIX এ অংশগ্রহণ না করার সিদ্ধান্ত নিই, তাহলেও কোনো অংশগ্রহণকারী প্রোভাইডার আমাকে চিকিৎসা সেবা দিতে অস্বীকার করতে পারবে না এবং আমার বিমার সুবিধা পাওয়ার যোগ্যতা কোনোভাবে প্রভাবিত হবে না।
- আমি জেনেছি যে এই ফর্মের একটি কপি স্বাক্ষর করার পরে আমাকে দেওয়া হবে।

আমি এতদ্বারা :  সম্মতি দিচ্ছি  সম্মতি দিতে অস্বীকার করছি

যাতে BHIX এর মাধ্যমে সব স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের সূত্র থেকে \_\_\_\_\_ আমার সম্পর্কিত সব চিকিৎসা তথ্য দেখতে পারে।

রোগীর নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন [Print Name of Patient]

রোগীর জন্ম তারিখ [Patient's Date of Birth]

রোগী অথবা তাঁর আইনি প্রতিনিধির স্বাক্ষর  
[Signature of Patient or Patient's Legal Representative]

তারিখ  
[Date]

রোগীর আইনি প্রতিনিধির নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন (যদি প্রয়োজ্য হয়)

রোগীর আইনি প্রতিনিধির সঙ্গে সম্পর্ক

[Print Name of Patient's Legal Representative (if applicable)]

(BHIX Patient Consent/Bengali/ বাংলা)  
[Relationship of Patient's Legal Representative]