

Consent to share information ការអនុញ្ញាតដើម្បីចែកចាយព័ត៌មាន

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

គោលបំណង: ដើម្បីកត់ត្រាទុកនូវការអនុញ្ញាតផ្តល់ឱ្យដោយសេរីរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ដោយមានការដឹងយល់ក្នុងការចែកចាយព័ត៌មានរបស់ខ្លួនទៅឱ្យភ្នាក់ងារជាក់លាក់ណាមួយ សំរាប់គោលបំណងណាមួយ។

Consumer

អ្នកប្រើប្រាស់

Name:

ឈ្មោះ:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ / /

Sex:

ភេទ:

UR Number:

លេខ UR

or affix label here
ឬបិទភ្ជាប់ផ្ទាំងនៅក្នុងកន្លែងនេះ

Section 1: Personal/health information to be shared

ផ្នែកទី១: ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន / ព័ត៌មានសុខភាពសំរាប់ចែកចាយ

Service Type ប្រភេទកិច្ចបម្រើ Examples: – Physiotherapy – counseling ឧទាហរណ៍: – ការព្យាបាលតាមរិធីហាត់ប្រាណ – ការផ្តល់ឱវាទណែនាំ	Name of Agency ឈ្មោះភ្នាក់ងារ Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council ឧទាហរណ៍: – មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសហគមន៍ រូតរិបឈេយ – សាលាក្រុង ពលុបឈេយ	Type of Information ប្រភេទនៃព័ត៌មាន Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer ឧទាហរណ៍: – ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ – ការលើកលែងដូចបានបញ្ជាក់ដោយអ្នកប្រើប្រាស់	Purpose/s គោលបំណង Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care ឧទាហរណ៍: – ការបញ្ជូន – ចែករំលែកការមើលថែ / ការធ្វើគម្រោងសំរាប់ករណី – ផ្តល់ព័ត៌មានដល់កិច្ចបម្រើដែលចូលរួមក្នុងការមើលថែចំពោះអ្នកប្រើប្រាស់

Section 2: Record of consent

ផ្នែកទី២: កំណត់ត្រានៃការអនុញ្ញាត

☐ **Written consumer consent**
☐ **ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ**

The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.

អ្នកធ្វើការ ឬអ្នកអនុវត្តការងារបានពិភាក្សាជាមួយខ្ញុំអំពីរបៀប និងមូលហេតុ ដែលព័ត៌មានមួយចំនួនអំពីខ្ញុំ អាចត្រូវបានចែកចាយទៅឱ្យស្ថាប័នផ្តល់កិច្ចបម្រើដទៃទៀតដែលបានប្រាប់ខាងលើនេះ។ ខ្ញុំយល់អំពីរបៀបហេតុនេះ ហើយខ្ញុំ ផ្តល់ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីចែកចាយព័ត៌មាននេះ។

Signed:

ហត្ថលេខា:

Dated: dd/mm/yyyy / /

ថ្ងៃទី (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ): / /

or
ឬ

☐ **Verbal consumer consent**
☐ **ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ជាតាមសំដី**

I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

ខ្ញុំបានពិភាក្សាជាមួយអ្នកប្រើប្រាស់អំពីរបៀប និងមូលហេតុដែលព័ត៌មាន មួយចំនួនអាចត្រូវបានចែកចាយទៅឱ្យស្ថាប័នផ្តល់កិច្ចបម្រើផ្សេងៗ។ ខ្ញុំពេញចិត្តថាមានការយល់ដឹងអំពីហេតុនេះ ហើយថាការផ្តល់ការអនុញ្ញាត ដោយមានការដឹងយល់ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ដើម្បីចែកចាយព័ត៌មានដូចដែលបានប្រាប់ខាងលើនេះ។

or
 ឬ

☐ **Consumer does not have the capacity to provide consent**
☐ **អ្នកប្រើប្រាស់ពុំមានសមត្ថភាពដើម្បីផ្តល់ជូនការអនុញ្ញាតឡើយ**

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(គឺថា គេពុំបានយល់ដឹងអំពីលក្ខណៈ ឬផលវិបាកនៃអ្វីដែលគេកំពុង អនុញ្ញាតឱ្យនោះឡើយ)

☐ Consent given by authorised representative _____
 (name of authorised representative)

☐ ការអនុញ្ញាតផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត _____
 (ឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត)

☐ There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

☐ ពុំមានអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ឬគេពុំអាចទាក់ទងបានឡើយ ដោយហេតុនេះហើយ ព័ត៌មាននឹងត្រូវបានចែកចាយដូចបានកំណត់ក្នុង ច្បាប់កំណត់ត្រាផ្នែកសុខភាព ឆ្នាំ២០០១។

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

**ប្រសិនបើពុំងាយស្រួលដោយសមហេតុផល ដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាត ពីអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ឬអ្នកប្រើប្រាស់ពុំមានអ្នកតំណាងដែល មានការអនុញ្ញាត ព័ត៌មានផ្នែកសុខភាពក៏នៅតែអាចចែកចាយបានក្នុងកាលៈទេសៈដូចបានកំណត់ក្នុងច្បាប់កំណត់ត្រាផ្នែកសុខភាព ឆ្នាំ២០០១ដែរ។ ការនេះរាប់បញ្ចូលទាំង នៅពេលដែលការចែកចាយព័ត៌មានត្រូវបានធ្វើឡើងដោយស្ថាប័នផ្តល់កិច្ចបម្រើសុខភាព ហើយដែលជាការចាំបាច់ដោយសមហេតុ ផលសំរាប់ច្បាប់នៃកិច្ចបម្រើសុខភាព ឬនៅពេលមានតម្រូវការដែលកំណត់ ដោយច្បាប់។*

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

ដើម្បីឱ្យបានប្រាកដថា អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកប្រើប្រាស់អាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តដោយមានការដឹងយល់ អំពីការអនុញ្ញាតឱ្យចែកចាយព័ត៌មានរបស់ខ្លួន ដូចដែលបានប្រាប់នៅខាងលើនេះ អ្នកធ្វើការ ឬអ្នកអនុវត្តការងារគួរតែ: (ត្រូវសញ្ញាស្នាម ៦ នៅពេលសរសេរបំពេញ):

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies ☐
១. ពិភាក្សាជាមួយអ្នកប្រើប្រាស់ អំពីសំណើចែកចាយព័ត៌មានទៅឱ្យកិច្ចបម្រើផ្សេងៗ ភ្នាក់ងារផ្សេងៗ ☐
2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed ☐
២. ពន្យល់ថាព័ត៌មានរបស់អ្នកប្រើប្រាស់នឹងត្រូវបានចែកចាយទៅឱ្យកិច្ចបម្រើ / ភ្នាក់ងារទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់យល់ព្រមតែប៉ុណ្ណោះ ហើយនៅពេលបញ្ជូនទៅ អ្នកប្រើប្រាស់បានផ្តល់ឱវាទថាការបញ្ជូនសំរាប់ទទួលកិច្ចបម្រើ ក៏នៅតែអាចធ្វើបានតទៅទៀត ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់មិនចង់បញ្ចេញព័ត៌មានទេនោះ ☐
3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private ☐
៣. ផ្តល់ឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់នូវព័ត៌មានអំពីភាពលាក់ការផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាប័ណ្ណ ព័ត៌មាន “ព័ត៌មានរបស់លោកអ្នក - វាគឺជាជ្រុងផ្ទាល់ខ្លួន” ☐
4. Provide the consumer with a copy of this form once completed. ☐
៤. ផ្តល់ឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់នូវរូបភាពនេះមួយច្បាប់ នៅពេលបំពេញរួចហើយ។ ☐

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
 ផលិតដោយក្រសួងសុខាភិបាល រដ្ឋវិចត្រីយ៉ា ឆ្នាំ២០១២

Consent obtained/witnessed by:
 ការអនុញ្ញាតទទួលបាន / ធ្វើសាក្សីដោយ:

CSI Page 1 of 1
 CSI ទំព័រ ១ ១១

Name:
 ឈ្មោះ:

Position/Agency:
 មុខតំណែង / ភ្នាក់ងារ:

Sign:

Date: dd/mm/yyyy / /

Contact number:

ចុះហត្ថលេខា:

ថ្ងៃទី: ថ្ងៃខែ / ឆ្នាំ / /

លេខទូរស័ព្ទសំរាប់ទាក់ទង: