

गहन देखरेख से अंतःरोगी पुनर्वास/CCC संदर्भित फार्म
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(HINDI)

खण्ड 6: वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी प्रकट करने के लिए सहमति /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION

समस्त संदर्भितों के लिए पूरा किया जाना है (समाज सेवक/डिस्चार्ज प्रबंधक/केस प्रबंधक द्वारा) /

To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

मैं सहमत हूँ कि _____ संदर्भ ग्रहण करने के लिए मेरी वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी को प्रकाशित कर सकते हैं।
(जानकारी प्रकट करने वाली सुविधा का नाम)
(Name of facility disclosing information)

वे संगठन, जिन्हें संदर्भ दिया जाना ठे / Organizations referred to:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> बेक्रेस्ट
Baycrest | <input type="checkbox"/> मरखम स्टॉउफविल हॉस्पिटल
Markham Stouffville | <input type="checkbox"/> टोरंटो ईस्ट जनरल हॉस्पिटल
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> विलियम ओसलर हेल्थ सेन्टर
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> ब्रिजपॉइंट हेल्थ
Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> प्राविडेन्स हेल्थकेयर
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> टोरंटो ग्रेस हेल्थ सेंटर
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> यार्क सेंट्रल हॉस्पिटल
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> क्रेडिट वैली हॉस्पिटल
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> रॉंग वैली हेल्थ सिस्टम
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> टोरंटो रिहैब
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> अन्य (स्पष्ट करें)
Other (specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> हॉल्टन हेल्थकेयर सर्विस
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> साउथलेक रीजनल हेल्थ सेन्टर
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> ट्रिलियम हेल्थ सेन्टर
Trillium Health Centre | |
| <input type="checkbox"/> लेकरिज हेल्थ
Lakeridge Health' | <input type="checkbox"/> सेंट जॉन रिहैब हॉस्पिटल
St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> वेस्ट पार्क हेल्थकेयर सेन्टर
West Park Healthcare Centre | |

केवल उपार्जित मस्तिष्क चोट (एबीआई) संदर्भितों के लिए / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:

दि टोरंटो एबीआई नेटवर्क उन प्रवृत्तियों को पता लगाने के लिए, जो यह बताती है कि रोगी, स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग किस प्रकार करते हैं, आपकी संदर्भित जानकारी के सारांश का उपयोग कर सकते हैं। इससे पुनर्वास रोगियों के प्रकार तथा उपचार की प्रक्रिया के बारे में शोध प्रश्नों का उत्तर देने में सहायता प्राप्त हो सकती है। आपकी जानकारी को प्रणाली से एकत्रित किया जाएगा तथा बाद में उसे अन्य रोगियों की जानकारी में सम्मिलित कर दिया जाएगा। आपके नाम तथा वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग किसी भी सार्वजनिक सूचना के लिए नहीं किया जाएगा। आपकी जानकारी का उपयोग करने से पूर्व एक शोध नीतिशास्त्र समिति समस्त शोध परियोजनाओं को अवश्य अनुमोदित करेगी। यदि आप नहीं चाहते कि आपकी वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग किया जाए, तो इस निर्णय से आपकी चिकित्सा देखभाल किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होगी।

- जी हां / Yes,** मेरी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग प्रणाली की उन्नति तथा शोध के लिए किया जाए। मेरे नाम तथा वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग किसी भी सार्वजनिक सूचना के लिए नहीं किया जाएगा।
- जी नहीं / No,** मेरी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग प्रणाली की उन्नति तथा शोध के लिए न किया जाए।

केवल ई-संदर्भितों के लिए / For e-Referrals only:

आपका देखभाल दल, आपकी स्वास्थ्य जानकारी, आपकी देखभाल करने वालों को देने के लिए इलेक्ट्रॉनिक संदर्भ प्रणाली का उपयोग करता है। यह प्रणाली इसलिए स्थापित की गई है, ताकि केवल आपका स्वास्थ्य देखभाल दल ही आपकी जानकारी को देख सके। इलेक्ट्रॉनिक प्रणाली का उपयोग करने से संदर्भों का काम तेजी से होता है। इससे रोगियों की देखभाल की गुणवत्ता में भी उन्नति करने में सहायता प्राप्त होती है, क्योंकि यह किसी भी विलंब की जानकारी देता है। प्रणाली में समाहित आपकी जानकारी का उपयोग शोध-कर्ताओं द्वारा तथा स्वास्थ्य प्रणाली योजना के प्रयोजनों के लिए किया जा सकता है। आपकी जानकारी को प्रणाली से एकत्रित किया जाएगा तथा बाद में उसे अन्य रोगियों की जानकारी में सम्मिलित कर दिया जाएगा। आपके नाम तथा वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग किसी भी सार्वजनिक सूचना के लिए नहीं किया जाएगा। आपकी जानकारी का उपयोग करने से पूर्व एक शोध नीतिशास्त्र समिति समस्त शोध परियोजनाओं को अवश्य अनुमोदित करेगी। यदि आप नहीं चाहते कि आपकी वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग किया जाए, तो इस निर्णय से आपकी चिकित्सा देखभाल किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होगी।

- जी हां / Yes,** मेरी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग प्रणाली की उन्नति तथा शोध प्रयोजन के लिए किया जाए। मेरे नाम तथा वैयक्तिक स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग किसी भी सार्वजनिक सूचना के लिए नहीं किया जाएगा।
- जी नहीं / No,** मेरी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग प्रणाली की उन्नति तथा शोध प्रयोजन के लिए न किया जाए।

रोगी का नाम अंकित करें / Print Name of Patient: _____

रोगी/एवजी का हस्ताक्षर / Signature of Patient/Substitute: _____

एवजी का नाम (अंकित नाम): / Name of Substitute (Print name): _____

रोगी से संबंध, यदि एवजी द्वारा हस्ताक्षर किए गए हो / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- जी हां, जब सहमति ली जा रही थी, तो दुभाषिए का उपयोग किया गया था। / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
- किसी दुभाषिए की जरूरत नहीं थी। / No interpreter was required.

दिनांक (वर्ष/माह/दिन) / Date (YYYY/MM/DD): _____