

MẪU GIỚI THIỆU CHĂM SÓC CẤP TÍNH DÀNH CHO BỆNH NHÂN NỘI TRÚ PHỤC HỒI/CHĂM SÓC LIÊN TỤC PHỨC TẠP
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(VIETNAMESE)

**PHẦN 6: ỨNG THUẬN CHO TIẾT LỘ CHI TIẾT SỨC KHOẺ CÁ NHÂN /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

Phải được điền (bởi Cán sự Xã hội/Nhân viên Cho Xuất Viện/Viên chức Quản lý Trường hợp) khi giới thiệu /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

Tôi đồng ý rằng _____ có thể tiết lộ thông tin về sức khỏe cá nhân của tôi khi giới thiệu tôi.
(Tên của cơ sở tiết lộ thông tin)
(Name of facility disclosing information)

Tổ chức được giới thiệu đến / Organizations referred to:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baycrest | <input type="checkbox"/> Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Nơi khác (ghi rõ):
Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> Trillium Health Centre | |
| <input type="checkbox"/> Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> West Park Healthcare Centre | |

Chỉ dành cho giới thiệu Thương tích Não Mắc phải / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:

Hệ thống ABI Toronto có thể sử dụng tóm tắt của thông tin giới thiệu của quý vị để tìm các khuyến khích cho thấy cách thức mà bệnh nhân sử dụng các dịch vụ y tế. Việc này có thể giúp trả lời các câu hỏi nghiên cứu về loại trị liệu phục hồi mà bệnh nhân muốn nhận và trình tự trị liệu. Thông tin của quý vị sẽ được thu thập từ hệ thống rồi tổng hợp với thông tin của các bệnh nhân khác. Tên và chi tiết về sức khỏe của cá nhân quý vị sẽ không được dùng cho bất cứ báo cáo phổ biến rộng rãi nào. Mọi công trình nghiên cứu phải được một Ủy ban Đạo đức trong Nghiên cứu thông qua trước khi được phép sử dụng thông tin của quý vị. Việc quý vị không muốn cho phép sử dụng chi tiết sức khỏe của cá nhân mình sẽ không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến việc điều trị cho quý vị.

- Được / Yes**, có thể dùng thông tin sức khỏe của tôi vào mục đích cải thiện hệ thống và nghiên cứu. Tên và chi tiết về sức khỏe của cá nhân tôi sẽ không được dùng cho bất cứ báo cáo phổ biến rộng rãi nào.
- Không / No**, không được dùng thông tin sức khỏe của tôi vào mục đích cải thiện hệ thống và nghiên cứu.

Chỉ dùng cho các sự giới thiệu qua mạng / For e-Referrals only:

Nhóm chăm sóc y tế cho quý vị dùng một hệ thống giới thiệu điện tử để chia sẻ thông tin về sức khỏe của quý vị với các nơi chăm sóc sức khỏe. Hệ thống này được sắp đặt để chỉ có những người chăm sóc cho quý vị mới được đọc thông tin này. Dùng hệ thống điện tử qua mạng sẽ đẩy nhanh các sự giới thiệu. Cách này cũng sẽ giúp tăng cường phẩm chất sự chăm sóc cho bệnh nhân vì sẽ có thông tin nhanh chóng, giảm trễ nải. Thông tin của quý vị có thể dùng cho các nhà nghiên cứu và cho các mục tiêu kế hoạch hoá hệ thống y tế. Thông tin của quý vị sẽ được thu thập từ hệ thống rồi tổng hợp với thông tin của các bệnh nhân khác. Tên và chi tiết về sức khỏe của cá nhân quý vị sẽ không được dùng cho bất cứ báo cáo phổ biến rộng rãi nào. Mọi công trình nghiên cứu phải được một Ủy ban Đạo đức trong Nghiên cứu thông qua trước khi được phép sử dụng thông tin của quý vị. Việc quý vị không muốn cho phép sử dụng chi tiết sức khỏe của cá nhân mình sẽ không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến việc điều trị cho quý vị.

- Được / Yes**, có thể dùng thông tin sức khỏe của tôi vào mục đích cải thiện hệ thống và nghiên cứu. Tên và chi tiết về sức khỏe của cá nhân tôi sẽ không được dùng cho bất cứ báo cáo phổ biến rộng rãi nào.
- Không / No**, không được dùng thông tin sức khỏe của tôi vào mục đích cải thiện hệ thống và nghiên cứu.

Viết chữ in Tên Bệnh nhân / Print Name of Patient: _____

Chữ ký của Bệnh nhân/Người ký thay / Signature of Patient/Substitute: _____

Tên Người ký thay: (Chữ in) / Name of Substitute (Print name): _____

Quan hệ của người ký thay với bệnh nhân là / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Có, khi lấy sự ưng thuận này có mặt thông dịch viên. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
- Không cần thông dịch viên. / No interpreter was required.

Ngày (NNNN/TT/NN) / Date (YYYY/MM/DD): _____