

Chương Trình Khám Vú, Cổ Tử Cung và Kết Tràng

NỘI DUNG CHƯƠNG TRÌNH

Chương Trình Khám Vú, Cổ Tử Cung và Kết Tràng (BCCHP) là một nỗ lực giữa các cơ sở y tế, Bộ Y Tế Tiểu Bang Washington (DOH), và Trung Tâm Ngăn Ngừa và Kiểm Soát Dịch Bệnh Hoa Kỳ (CDC) để hỗ trợ việc khám tìm bệnh ung thư vú, cổ tử cung và kết tràng. Mục đích của việc khám tìm bệnh này là để phát hiện ung thư trong giai đoạn sớm nhất để bệnh này có thể được ngăn ngừa hoặc điều trị. Dò tìm ung thư vú gồm khám vú và chụp quang tuyến x vú. Thủ tục khám kiểm tra bệnh ung thư cổ tử cung bao gồm khám vùng xương chậu và lấy mẫu tế bào từ cổ tử cung (phần đầu của tử cung/dạ con), hay còn gọi là xét nghiệm Pap. Khám kết tràng bao gồm thử máu ẩn trong phân (FOBT) hoặc thử tìm chất miễn nhiễm trong phân (FIT), để tìm máu trong phân. Thủ tục này được thực hiện ở nhà, một khi hoàn tất, thân chủ của chương trình BCCHP sẽ mang mẫu thử nghiệm đến y viện/bác sĩ. Các thử nghiệm khác bao gồm soi kết tràng và đặt ống soi đại tràng.

UNG THUẬN CHO TIẾT LỘ CHI TIẾT

Tôi ưng thuận cho bất cứ và tất cả các bác sĩ của tôi, các y viện, và/hoặc bệnh viện, cùng với BCCHP cung cấp cho nhau các thông tin về sức khỏe của tôi, thử nghiệm Pap, khám vú, chụp hình vú, FOBT, FIT, soi kết tràng, đặt ống soi đại tràng và bất cứ chăm sóc y khoa liên hệ nào mà tôi nhận được qua BCCHP. Tôi hiểu rằng mẫu ưng thuận này sẽ hết hạn trong 12 tháng kể từ ngày tôi ký tên vào mẫu này, tức là tôi phải ghi danh lại lần nữa sau 12 tháng để tiếp tục các dịch vụ.

Bất cứ chi tiết nào tiết lộ cho HSP đều được giữ kín. Những người sẽ có quyền xem thông tin này gồm có: tôi, nhân viên có liên quan tới các dịch vụ BCCHP của tôi, Cơ Quan Quản Lý Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe (Health and Recovery Services Administration - HRSA) của Sở Dịch Vụ Y Tế và Xã Hội (Department of Social and Health Services - DSHS), Chương Trình Điều Trị Bệnh Ung Thư Vú và Ung Thư Cổ Tử Cung (khi thích hợp), và Bộ Y Tế (DOH), nguồn tài trợ của BCCHP. Chi tiết này sẽ được dùng để đáp ứng các mục đích của BCCHP như được nói trên và bất cứ phúc trình nào do BCCHP ấn hành đều không nêu tên của bất cứ thân chủ nào.

Tôi hiểu rằng việc tham gia chương trình này là do tự nguyện và tôi có thể rút ra khỏi BCCHP và thu hồi phép cho tiết lộ chi tiết vào bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu kết quả chẩn đoán cho thấy là tôi bị ung thư vú và/hoặc cổ tử cung, tôi có thể hội đủ điều kiện được điều trị qua chương trình Medicaid. Nhân viên BCCHP sẽ giúp tôi ghi danh gia nhập. Là một phần của các dịch vụ Quản Lý Hồ Sơ cung cấp cho tôi, tôi hiểu rằng tôi sẽ được yêu cầu ký giấy ưng thuận trước khi được điều trị và cung cấp các thông tin khác khi cần thiết.

Tôi hiểu rằng nếu tìm ra là tôi bị ung thư kết tràng, nhân viên của BCCHP sẽ trợ giúp tôi tìm những nơi điều trị bất luận tôi có khả năng chi trả hay không.

Ký Tên Quý Vị Ở Đây _____ Ngày _____

Nhân Chứng: Cơ Sở Y Tế _____ Ngày _____

Viết Tên Quý Vị Bằng Chữ In Hoa Ở Đây _____

Thông Dịch Viên (nếu có) _____ Ngày _____

Đối với những người bị tàn tật, tài liệu này còn có dưới hình thức khác khi được yêu cầu. Để yêu cầu, xin gọi 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388).

DISTRIBUTION: White – BCCHP Prime Contractor; Canary – Clinic/Provider; Pink – BCCHP Client