

Authorization#: _____ BCCHP#: _____

乳房、子宮頸及結腸健康計劃同意書

計劃說明

乳房、子宮頸及結腸健康計劃 (BCCHP) 是由健康服務提供商、華盛頓州衛生署 (DOH) 及美國疾病控制預防中心 (CDC) 聯合展開的一項計劃，以支援乳癌、子宮頸癌和結腸癌普查工作。普查的目的是希望能在最早期發現癌症，以便能夠預防或治療癌症。乳癌普查包括乳房檢查和乳房 X 光照片檢查。子宮頸癌普查包括盆骨檢查和從子宮頸（子宮口）抽取細胞樣本的巴氏抹片檢查。結腸健康普查包括一項稱為 **FOBT** 的糞便潛血檢查(FOBT)，或需要在家裏做的 **FIT** 檢查，完成後送回診所/服務提供商。你也許需要做結腸鏡檢查或乙狀結腸鏡檢查。

透露普查資料同意書

本人同意由本人的任何及所有醫療照護服務提供商、診所和/或醫院，以及 **BCCHP** 彼此共用有關本人保健、巴氏抹片檢查、乳房檢查、乳房 X 光照片檢查、糞便潛血檢查 (FOBT/FIT)、結腸鏡檢查、乙狀結腸鏡檢查和本人經由 **BCCHP** 獲得的任何相關醫療照護之資料。本人明白，此同意書自本人簽字之日起 12 個月後到期。12 個月之後，本人必須重新登記才能繼續獲得服務。

透露給 BCCHP 的任何資料都會保密。 這些資料將可以向以下人員和機構提供：我本人、參與我的 **BCCHP** 服務的員工、醫療管理局 (HCA)、乳癌與子宮頸癌治療計劃（如果適用的話），以及衛生署（**BCCHP** 的資金提供機構）。這些資訊將被用於實施上述 **BCCHP** 之目的。根據 **BCCHP** 普查結果而發表的報告將不會有任何客戶的姓名。

本人明白，參加此計劃是自願的，本人可以在任何時候退出 **BCCHP**，撤回本人對透露普查資料的同意書。本人明白，如果我被發現患上乳癌和/或子宮頸癌，我可能有資格透過“**Medicaid** 乳癌及子宮頸癌治療計劃”來接受治療。**BCCHP** 的工作人員會協助我登記加入該計劃。作為接受“個案管理服務”的一部分，本人明白我需要簽署接受治療同意書以及提供其他所需資訊。如果本人經過篩檢，發現罹患結腸癌，**BCCHP** 的工作人員將協助本人尋找治療資源，無論本人是否有支付費用的能力。

如果我偽造用於確定我的資格的任何資訊，我明白我將要對這些費用負責。

在此處簽名 _____ 日期 _____

見證人：健康機構 _____ 日期 _____

在此處用正楷寫下你的姓名 _____

口譯員（如果有的話） _____ 日期 _____