



Authorization#: _____ BCCHP#: _____

ការយល់ព្រមសម្រាប់កម្មវិធីសុខភាពដោះ, មាត់ស្បូន និងពោះវៀនធំ

សេចក្តីពណ៌នាអំពីកម្មវិធី

កម្មវិធីសុខភាពដោះ, មាត់ស្បូន និងពោះវៀនធំ (Breast, Cervical and Colon Health Program, BCCHP) គឺជាកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរួមរវាងបណ្តាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព, ក្រសួងសុខាភិបាលនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (Washington State Department of Health, DOH) និងមជ្ឈមណ្ឌលក្រប់ក្រងនិងបង្ការជំងឺ (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ដើម្បីផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យរកជំងឺមហារីកដោះ, ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន និងជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ។ គោលបំណងនៃការពិនិត្យរកជំងឺនេះគឺដើម្បីរកជំងឺមហារីកក្នុងដំណាក់កាលដំបូងៗរបស់វា ប្រយោជន៍អាចទទួលបាន ឬព្យាបាលទាន់ពេលវេលា។ ការត្រួតពិនិត្យរកជំងឺមហារីកដោះមាននូវការថតអ៊ុលត្រាសោន ឬ ពិនិត្យមើលដោះម្យ៉ាងមានឈ្មោះហៅថា មេម៉ូក្រាម។ ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូនមាននូវការពិនិត្យមើលត្រតាក និងការយកសំណាកកោសិកាពីមាត់ស្បូន (ត្រង់ទ្វារស្បូន) ទៅពិនិត្យ ដែលមានឈ្មោះថា HPV និង ផែប-តេស្ត។ ការត្រួតពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំមាននូវការធ្វើតេស្តរកជាតិឈាមបង្កប់ក្នុងឈាម ដែលហៅកាត់ថាជាសាមអ៊ែនតេស្ត FOBT ឬ FIT ដែលលោកអ្នកត្រូវយកទៅធ្វើតេស្តដោយខ្លួនឯងនៅផ្ទះ ហើយបញ្ជូនវាត្រឡប់ទៅមន្ទីរពិនិត្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពវិញ។ លោកអ្នកអាចនឹងត្រូវការពិនិត្យពោះវៀន (colonoscopy) ដើម្បីពិនិត្យមើលផ្ទៃក្នុងនៃពោះវៀនធំ ឬការពិនិត្យតាមបាត (sigmoidoscopy) ដើម្បីពិនិត្យមើលផ្ទៃខាងលើនៃពោះវៀនធំ។

ការយល់ព្រមដោយបើកបញ្ចេញព័ត៌មាន

ខ្ញុំយល់ព្រមដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទាំងអស់របស់ខ្ញុំ, មន្ទីរពិនិត្យ, មន្ទីរពេទ្យ, គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព, ក្រុមហ៊ុន BCCHP ផ្តល់ជូនគ្នាទៅវិញទៅមកនូវព័ត៌មានស្តីពីការថែទាំសុខភាព, តេស្តមាត់ស្បូន, ការពិនិត្យដោះ, ការថតមេម៉ូក្រាម, ការពិនិត្យមើលឈាម (FOBT/FIT), ការថតអ៊ុលត្រាសោន, ការថតស្លឹកមាត់ស្បូន និងការថែទាំសុខភាព ដែលទាក់ទងនឹងផ្នែកពេទ្យដទៃទៀត ដែលខ្ញុំបានទទួលតាមរយៈ BCCHP។ ខ្ញុំយល់ថា ការយល់ព្រមនេះនឹងអស់សុពលភាពនៅក្រោយរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ថ្ងៃ ដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។ ខ្ញុំត្រូវតែចុះឈ្មោះឡើងវិញនៅក្រោយរយៈពេល 12 ខែ ដើម្បីបន្តសេវាកម្មទាំងប៉ុន្មាន។

ព័ត៌មានអស់ដែលបានបើកបញ្ចេញទៅអោយ BCCHP និងត្រូវព្រមព្រៀងជាសម្ងាត់។ ព័ត៌មានទាំងនោះអាចនឹងមានប្រយោជន៍សម្រាប់រូបខ្ញុំ, សម្រាប់បណ្តាវិទ្យាស្ថានស្រាវជ្រាវដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា BCCHP របស់ខ្ញុំ, សម្រាប់អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (សម្រាប់កម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមហារីកដោះនិងមាត់ស្បូន (BCCTP) ប្រសិនបើអនុវត្ត), និងសម្រាប់ក្រសួងសុខាភិបាល (Department of Health) (ប្រភពផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់ BCCHP)។ ព័ត៌មានទាំងនេះនឹងត្រូវគ្រប់គ្រងប្រើប្រាស់ ទៅតាមគោលដៅរបស់ BCCHP ដូចដែលបានពណ៌នាជូនខាងលើ។ របាយការណ៍ដែលត្រូវបានបោះពុម្ពផ្សាយនឹងរៀបចំឡើងដោយប្រើប្រាស់ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូន។

ខ្ញុំយល់ថា ការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីនេះគឺត្រូវធ្វើដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយថា ខ្ញុំអាចចាកចេញពីកម្មវិធី BCCHP ហើយដកការយល់ព្រមដោយបើកបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំចេញវិញ នៅពេលណាដែលខ្ញុំចង់។ ខ្ញុំយល់ថា បើខ្ញុំត្រូវបានគេរកឃើញថា មានជំងឺមហារីកដោះ និង/ឬជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន, នោះខ្ញុំអាចនឹងមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានការព្យាបាល តាមរយៈ Apple Health BCCTP។ នៅពេលនោះ បុគ្គលិក BCCHP នឹងជួយចុះឈ្មោះអោយខ្ញុំ។ ក្នុងក្របខ័ណ្ឌជាផ្នែកមួយនៃសេវាក្រប់ក្រងសំណុំរៀងដែលខ្ញុំទទួល, នោះខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំនឹងត្រូវគេតម្រូវ អោយផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការព្យាបាល ហើយផ្តល់ព័ត៌មានដទៃទៀត ទៅតម្រូវការជាចាំបាច់។ បើខ្ញុំត្រូវគេពិនិត្យរកជំងឺ ហើយឃើញថា មានជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ, នោះបុគ្គលិក BCCHP នឹងជួយខ្ញុំ ដើម្បីស្វែងរកជំងឺឱ្យបានលឿន ដោយពុំគិតពីសមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំ ថាជាអ្នកប្រចាំថ្ងៃសេវាពាក់ព័ន្ធនានានោះឡើយ។

បើខ្ញុំព្រងបន្លំព័ត៌មានណាមួយ ដែលបានប្រើប្រាស់ដើម្បីកំណត់មើលអំពីលក្ខណសម្បត្តិរបស់ខ្ញុំ, នោះខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែទទួលខុសត្រូវក្នុងការព្រងបន្លំនោះ។

សូមចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកនៅត្រង់នេះ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

សាក្សី ÷ មន្ទីរសុខាភិបាល _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកដោយច្បាស់នៅត្រង់នេះ _____

អ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ (បើសិនជាមាន) _____ កាលបរិច្ឆេទ _____