Washington State Department of Health

Public Health
Seattle & King County

BCCHP – Prevention Division
401-5th Ave Suite 900, Seattle, WA 98104
206-263-8176, fax- 206-296-0208

Breast, Cervical and Colon Health Program
Saving Lives Through Early Detection

Authorization#: _____ BCCHP#: _____

Согласие клиента программы по профилактике рака молочной железы, шейки матки и толстой кишки

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

Программа по профилактике рака молочной железы, шейки матки и толстой кишки (Breast, Cervical and Colon Health Program, сокр. BCCHP) – это совместный проект с участием поставщиков медицинского обслуживания, Департамента здравоохранения штата Вашингтон (DOH) и Центров США по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention, сокр. CDC) по поддержке проверок на рак молочной железы, шейки матки и толстой кишки. Цель проверки – выявить рак на наиболее ранней стадии, чтобы заболевание можно было предотвратить или лечить. Проверка на рак молочной железы включает обследование груди и рентгенологическое исследование под названием «маммография». Проверка на рак шейки матки включает гинекологическое обследование и взятие пробы клеток из шейки матки (выступающая во влагалище часть матки), которое называется мазками по Папаниколау и на вирус папилломы человека (HPV). Проверка на рак толстой кишки включает анализ кала на наличие крови под названием FOBT или FIT, который вы делаете дома, а затем приносите его в клинику/ медработнику. Возможно, вам понадобится колоноскопия или сигмоидоскопия.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Я разрешаю всем поставщикам моего медицинского обслуживания, клиникам, больницам, планам медицинского страхования, а также BCCHP, предоставлять друг другу информацию о моем медицинском обслуживании, о результатах мазков шейки матки, обследований груди, маммографий, анализов кала (FOBT/FIT), колоноскопии, сигмоидоскопии, а также информацию о любом связанном с этим медицинском обслуживании, которое я получу по программе BCCHP. Я понимаю, что действие этой формы согласия истекает через 12 месяцев после даты подписания мной этой формы. Через 12 месяцев мне надо будет снова записаться в программу, чтобы продолжать получать услуги.

Вся информация, которую выдадут BCCHP, будет храниться конфиденциально. Доступ к информации будет у меня, сотрудников, предоставляющих мне услуги по программе BCCHP, у Органа охраны здоровья населения (Health Care Authority), у Программы по лечению рака молочной железы и рака шейки матки (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, сокр. BCCTP) (если применимо), а также у Департамента здравоохранения (источник финансирования BCCHP). Эта информация будет использована для достижения целей программы BCCHP, как указано выше. В опубликованных отчётах BCCHP клиенты программы не будут названы по имени.

Я понимаю, что участие в этой программе является добровольным, и что я могу уйти из BCCHP и отменить свое разрешение на выдачу информации в любое время. Я понимаю, что если у меня обнаружат рак молочной железы и (или) рак шейки матки, возможно, я буду иметь право на лечение по программе Apple Health BCCTP. В этом случае работники BCCHP помогут мне записаться в эту программу. Я понимаю, что я буду обязан(а) дать согласие на лечение и предоставить другую информацию по мере необходимости в рамках получаемых мной услуг по ведению дела. Если в результате проверки у меня обнаружат рак толстой кишки, сотрудники BCCHP помогут мне найти ресурсы для лечения, независимо от моей способности оплатить его.

Я понимаю, что если я предоставил(а) ложную информацию, которая была использована для определения моего права на программу, я буду нести ответственность за оплату.

Распишитесь здесь Дата	Свидетель: лечебное учреждение Дата
Напишите свое имя печатными буквами здесь	Переводчик (если был использован) Дата