



Affix Barcode

HIV CONSENT FORM

Name of the Patient: Contact No:

Address: Date of Counseling:

Age: Sex:

Ref Doctor Name: Ref Doctor Mobile No.:

Name of the Collection Center/Lab:

Name of the Counselor:

PRE-TEST COUNSELING:

I.....the undersigned agreed to get my blood tested for HIV antibodies. My counselor has answered any questions I have about HIV/AIDS. I have been provided information with the following details about HIV testing; HIV is the virus that causes AIDS and can be transmitted through unprotected sex (vaginal, anal, or oral sex) with someone who has HIV; contact with blood as in sharing needles (piercing, tattooing, drug equipment including needles), by HIV-infected pregnant women to their infants during pregnancy or delivery, or while breast feeding.

There are treatments for HIV/AIDS that can help an individual stay healthy. Individuals with HIV/AIDS can adopt safe practices to protect uninfected and infected people in their lives from becoming infected or being infected themselves with different strains of HIV.

The results of my HIV testing and other related information will be kept confidential.

A person may carry the HIV virus for a span of 10 years before progression to full blown HIV. During this period person shows no signs and symptoms of underlying disease but is capable of causing disease.

POST-TEST COUNSELING:

This is to certify that after receiving my HIV testing results/report Post test counseling will be given by my treating doctor.

RESULT:

I understand that my result will be kept confidential and authorize the following person/agency to collect to collect my reports.

Self Ref Doctor Ref Agency Relative

Dated Signature of Patient: Dated Signature of Counselor:



HIV के लिए सहमति पत्र

मरीज का नाम: दूरभाष सं:

पता: परामर्श की तारीख:

आयु: लिंग:

रेफर करने वाले डॉक्टर का नाम: रेफर करने वाले डॉक्टर का मोबाइल नंबर:

कलेक्शन सेंटर/लैब का नाम:

काउन्सलर का नाम:

जांच से पूर्व सहमति:

मैं..... अधोहस्ताक्षरी (जिसने नीचे हस्ताक्षर किया है) एचआईवी एंटीबॉडीज़ के लिए खून जांच करने की सहमति देता/देती हूँ। मेरे काउन्सलर ने एचआईवी/एड्स संबंधी मेरे प्रश्नों के उत्तर दिए। मुझे एचआईवी जांच के बारे में आगे लिखी जानकारियां भी दी गईं कि, एड्स एचआईवी वायरस से होता है और किसी एचआईवी संक्रमित व्यक्ति से असुरक्षित यौन संबंध (योनी, गुदामार्ग या मुख मैथुन) से हो सकता है; खून के संक्रमण से फैलता है जो सुई (छेदने, गोदने, नशा करने के उपकरण जैसे कि सुई) साझा करने से हो सकता है; एचआईवी-संक्रमित माँ से शिशु को गर्भावस्था के दौरान या फिर स्तनपान कराने से हो सकता है।

एचआईवी/एड्स के उपचार हैं जिनसे लोग स्वस्थ रह सकते हैं। एचआईवी/एड्स संक्रमित व्यक्ति सुरक्षा के विशेष उपायों से उनके जीवन में शामिल असंक्रमित और संक्रमित लोगों को संक्रमित होने या खुद को एचआईवी के अन्य स्ट्रेन से संक्रमित होने से सुरक्षित रख सकते हैं।

मेरी एचआईवी जांच के परिणाम और अन्य संबंधित जानकारियां गोपनीय रखी जायेंगी।

किसी व्यक्ति में एचआईवी गंभीर रूप लेने से पहले 10 वर्षों तक उसका वायरस मौजूद रह सकता है। इस दौरान उस व्यक्ति में बीमारी के संकेत और लक्षण नहीं दिखेंगे पर वह बीमारी फैला सकता है।

जांच के बाद सलाह:

यह प्रमाणित किया जाता है कि एचआईवी जांच के परिणाम/रिपोर्ट मिलने के बाद मेरा उपचार कर रहे डॉक्टर मुझे जांच के बाद जरूरी सलाह देंगे।

परिणाम:

मुझे जानकारी है कि मेरे परिणाम गोपनीय रखे जायेंगे और मैं निम्नलिखित व्यक्ति/एजेंसी को मेरे रिपोर्ट कलेक्ट करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ।

स्वयं रेफर करने वाले डॉक्टर रेफर करने वाली एजेंसी रिश्तेदार

मरीज का दिनांकित हस्ताक्षर:.....

काउन्सलर का दिनांकित हस्ताक्षर:.....