

# موافقة عن علم لإجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)

إن إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هو أمر تطوعي، ويمكن سحب الموافقة عليه في أي وقت عن طريق إبلاغ مقدم خدمة الرعاية الصحية. يُرجى قراءة الجزئين "أ" و "ب" من هذا النموذج، والتوقيع في نهاية الجزء "ب" إذا كنت مستوعبًا للمعلومات التالية، وترغب في إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV).

إن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) تمثل مشكلة صحية خطيرة. ولذلك توصي إدارة الصحة بولاية نيويورك بإجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV). وبالنسبة للسيدات الحوامل توصي الإدارة بإجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) في وقت مبكر من الحمل ومرة أخرى في أواخر الحمل.

فيما عدا فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) المستعجل في حالات الطلق والولادة يحل هذا النموذج محل النماذج الأخرى الخاصة بالموافقة على إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) اعتبارًا من 1 يونيو/حزيران 2005.

ملحوظة: تم تصميم هذا النموذج على أن يستخدم بالاقتران مع النموذج DOH-2556، الجزء ب. B

الجزء



## فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هو الفيروس المسبب لمرض الإيدز.

- ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) من شخص إلى آخر أثناء ممارسة الجنس بدون وقاية (سواء المهبلي أو الشرجي أو الفموي بدون وافي ذكري) مع شخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) من خلال الاتصال بالدم كما هو الحال عند التشارك في الإبر وأدوات الوخز (الثقب أو الوشم أو حقن العقاقير من أي نوع) أو التشارك في أدوات تعاطي المخدرات مع شخص مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).

## الطريقة الوحيدة لمعرفة ما إذا كنت مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هي أن يتم فحصك.

- إن فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) آمنة، وهي تنطوي على جمع عينة واحدة أو أكثر من عينة (دم وسوائل فموية وبول).
- سوف يشرح لك المستشار أو الطبيب نتائج الفحص الخاص بك بالإضافة إلى أي فحوصات أخرى قد تحتاج إليها.

## إن فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الخاص بك الذي يتم اليوم يشمل الآتي:

- فحص لتقرير ما إذا كنت مصابًا بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) (فحص للأجسام المضادة أو فحص بحثًا عن الفيروس)،
- إذا جاءت نتيجة فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الخاص بك إيجابية فقد تتضمن الفحوصات الإضافية فحوصا من أجل:
- مساعدة طبيبك في تقرير أفضل سبل العلاج لك.
- المساعدة في توجيه إدارة الصحة فيما يخص برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية (HIV).

## هناك عدة خيارات متاحة للفحص.

- لك الحق في أن تختار إجراء فحص سري حيث تصبح النتيجة جزءًا من سجلك الطبي ويمكن أن يتم إعطاءها إلى مقدم خدمة الرعاية الصحية وذلك لتتحصل على الخدمات الصحية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو غيرها من خدمات الرعاية الصحية، أو
- لك الحق في أن تختار إجراء فحص دون الكشف عن هويتك مما يعني أنك لا تقوم بالتصريح باسمك، ولا يتم الاحتفاظ بنتيجة الفحص في أي سجلات. وإذا جاءت نتائج فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الذي قمت بإجرائه دون الكشف عن هويتك إيجابية فلك الحق في أن تقوم بالتصريح باسمك لاحقًا حتى تحصل على الرعاية الطبية بصورة أسرع.
- للحصول على مزيد من المعلومات حول الخيارات المتاحة لإجراء الفحوصات والأماكن التي يتم بها إجراء الفحوصات مجانًا أو دون الكشف عن الهوية فليكنك بسؤال المستشار/الطبيب الخاص بك أو الاتصال هاتفياً بالرقم 1 800- 541- 2437.

## إن فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هام لصحتك.

- إذا جاءت نتيجة الفحص الخاص بك سلبية يمكنك أن تتعلم كيفية وقاية نفسك من الإصابة بعدوى في المستقبل.
- إذا جاءت نتيجة الفحص الخاص بك إيجابية:
- يمكنك أن تتابع بعض الخطوات للحيلولة دون انتقال الفيروس إلى الآخرين.
- يمكنك أن تتلقى العلاج الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) وتتعرف على طرق أخرى لكي تبقى بصحة جيدة. وكجزء من العلاج سيتم إجراء فحوصات إضافية لتقرير أفضل علاج لحالتك، وهذه الفحوصات قد تشمل الفحوصات المتعلقة بالحمل الفيروسي والمقاومة الفيروسية.

## إن فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هام بصفة خاصة للسيدات الحوامل.

- يمكن لأُم مصابة بالعدوى أن تنتقل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) إلى طفلها أثناء الحمل أو الولادة أو من خلال الرضاعة الطبيعية.
- من الأفضل بكثير أن تكوني على علم بحالتك من حيث الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) قبل حدوث الحمل أو في وقت مبكر منه بحيث يتسنى لك اتخاذ قرارات هامة بخصوص صحتك الشخصية وصحة طفلك.
- إذا كنت حاملا ومصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) فهناك علاج متوافر من أجل الحفاظ على صحتك الشخصية، وللحيلولة دون نقل فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) إلى طفلك. وإذا كنت مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ولم تتلقي العلاج اللازم فإن احتمال انتقال فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) إلى طفلك تبلغ نسبته واحدا لكل أربعة. أما إذا تلقيت العلاج فإن احتمال انتقال فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) إلى طفلك تقل نسبته عن ذلك بكثير.
- إذا لم يتم فحصك أثناء الحمل فيوصي مقدم خدمة الرعاية الصحية بأن يتم إجراء الفحص أثناء الولادة. في كافة الأحوال سوف يتم فحص طفلك بعد الولادة. وفي حالة ما إذا جاءت نتيجة فحص طفلك إيجابية كان ذلك دليلا على أنك مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وأن طفلك قد تعرض للفيروس.

## إذا جاءت نتيجة فحصك إيجابية:

- تحمي قوانين الولاية سرية نتائج الفحص الخاص بك وتحميك كذلك من أي تمييز ضدك بناء على حالتك الصحية من حيث الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- في جميع الأحوال تقريبا سوف يُطلب منك أن تقوم بإعطاء موافقة كتابية قبل تقديم نتيجة فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الخاص بك إلى أية جهة.
- يمكن التصريح بالمعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) التي تخضع لمقدمي خدمات الرعاية الصحية الذين يعتنون بك أو بطفلك الذي تعرض للفيروس، أو إلى المسؤولين عن الصحة عندما ينص القانون على ذلك، أو لشركات التأمين للتصريح بدفع التكاليف، أو للأشخاص المشاركين في برامج كفالة الأطفال أو التبني، أو للعاملين الرسميين في المؤسسات الإصلاحية ومجالات المراقبة وإطلاق السراح المشروط، أو للأفراد العاملين في مجالات الخدمات لحالات الطوارئ أو الرعاية الصحية الذين يتعرضون لدمك عن طريق الصدفة، أو بأمر خاص من المحكمة.
- يتم إبلاغ إدارة الصحة بالولاية بأسماء الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) وذلك بغرض متابعة الوباء وتخطيط الخدمات.
- إن الخط الساخن للمسائل المتعلقة بالسرية فيما يخص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) على الرقم: 5065- 962- 1 800 يمكن أن يجيب عن كافة أسئلتك وأن يساعدك في حل أي مشكلات تتعلق بالسرية.
- إن شعبة حقوق الإنسان التابعة لولاية نيويورك والتي يمكن الاتصال بها على الرقم: 2437- 523- 1 800 يمكن أن تساعدك إذا كنت تظن أنك قد تعرضت للتمييز ضدك بناء على حالتك الصحية من حيث الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- سوف يتحدث معك المستشار/الطبيب الخاص بك عن إعلام شركائك الجنسيين أو من يشاركونك في استخدام الإبر وأدوات الوخز باحتمال تعرضهم للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- إن شركائك بحاجة إلى أن يعرفوا باحتمال كونهم قد تعرضوا لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) حتى يتمكنوا من طلب إجراء الفحص عليهم والحصول على العلاج إذا ثبتت إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- إذا كان مقدم خدمة الرعاية الصحية يعرف اسم زوجتك/زوجك أو من سواهم من الشركاء فيجب أن يقوم هو أو هي بإبلاغ الاسم إلى إدارة الصحة.
- يمكن أن يساعدك مستشارو إدارة الصحة في إبلاغ شريكك (شركائك) بدون إطلاعهم على اسمك قط.
- لضمان سلامتك سوف يوجه إليك مستشارك أو طبيبك أسئلة حول مخاطر التعرض للعنف المنزلي بالنسبة لكل شريك سيتم إعلامه.
- إذا كانت هناك أية مخاطر فلن تقوم إدارة الصحة بإبلاغ الشركاء على الفور وسوف تمد إليك يد العون للحصول على المساعدة.

خطوط ولاية نيويورك الساخنة لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز (للاتصال المجاني)  
اتصل بالخطوط الساخنة للحصول على معلومات بخصوص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والإيدز ولإيجاد أماكن إجراء  
فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV).

- 2437 - 541 - 800 - 1 • اللغة الإنجليزية
- 7432 - 233 - 800 - 1 • اللغة الإنجليزية

خط TTY/TTD للمعلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز التابع لولاية نيويورك للمعوقين سمعياً  
• 9560 - 925 - 212 - 1

المتصلون عن طريق الصوت عليهم باستخدام خدمة توصيل نيويورك:

- 711 أو 1 800- 421- 1220 وطلب الرقم التالي من عامل الهاتف: 1 212- 925- 9560

خط ولاية نيويورك الساخن للاستشارات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز  
• 2777 - 872 - 800 - 1

برنامج NYSDOH "إدارة الصحة بولاية نيويورك" للاستشارات والفحوصات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)  
دون الكشف عن الهوية

للحصول على معلومات بخصوص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو الحالات، أو معلومات حول كيفية إجراء فحص  
مجاني لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) دون الكشف عن الهوية، يرجى الاتصال ببرامج الاستشارات والفحوصات الخاصة  
بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) دون الكشف عن الهوية.

- مقاطعة ألباني - 5065 - 962 - 1 800
- مقاطعة بافالو - 5064 - 962 - 1 800
- مقاطعة ناساو - 6785 - 462 - 1 800
- مقاطعة نيو روشيل - 0064 - 828 - 1 800
- مقاطعة كوينز - 6785 - 462 - 1 800
- مقاطعة روشيستير - 5063 - 962 - 1 800
- مقاطعة سوفوك - 6786 - 462 - 1 800
- مقاطعة سيراكوز - 9423 - 562 - 1 800

خط NYCDOHMH "إدارة الصحة والسلامة العقلية بولاية نيويورك" الساخن لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز:  
1 800- 825- 5448-

برنامج ولاية نيويورك لمساعدة الشركاء: - 2437 - 541 - 800 1

برنامج مدينة نيويورك للمساعدة في إبلاغ المعارف: - 1419 - 693 - 212 1

السرية

- خط ولاية نيويورك الساخن للمسائل المتعلقة بالسرية: - 5065 - 962 - 1 800
- مركز الإجراءات القانونية - 1313 - 243 - 212 1 أو - 4044 - 223 - 1 800

حقوق الإنسان/التمييز

- شعبة حقوق الإنسان التابعة لولاية نيويورك - 2437 - 523 - 1 800
- لجنة مدينة نيويورك لحقوق الإنسان - 7500 - 306 - 212 1

## موافقة عن علم لإجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)

### الجزء



لقد قام مقدم خدمة الرعاية الصحية بالإجابة عن أي أسئلة لدي بخصوص فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) وأعطاني معلومات مكتوبة تحتوي على التفاصيل التالية حول فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV):

- فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هو الفيروس المسبب لمرض الإيدز.
- الطريقة الوحيدة لمعرفة ما إذا كنت مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هي أن يتم فحصك.
- إن فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) هام لصحتك، وبالأخص بالنسبة للسيدات الحوامل.
- فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) تطوعي. يمكن سحب الموافقة عليه في أي وقت.
- تتوفر عدة خيارات لإجراء الفحص ومن بينها أن يتم إجراؤه دون الكشف عن الهوية وعلى أساس من السرية.
- تحمي قوانين الولاية سرية نتائج الفحص، وتحمي كذلك الأفراد الخاضعين للفحص من التمييز ضدهم بناء على حالتهم الصحية من حيث الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV).
- إذا جاءت نتائج الفحص الخاص بي إيجابية سوف يتحدث مقدم خدمة الرعاية الصحية معي عن إعلام شركائي الجنسيين، أو من يشاركونني في استخدام الإبر وأدوات الوخز باحتمال تعرضهم للإصابة بالفيروس.

أنا أوافق على إجراء الفحص لتشخيص الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV). وإذا تبين بأنني مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) فإنني أوافق على إمكانية إجراء فحوصات إضافية على العينة التي أقوم بتقديمها اليوم لتقرير أفضل سبل العلاج بالنسبة لي، وللمساعدة في توجيه برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية (HIV). وأوافق كذلك على إجراء أي فحوصات مستقبلية لتوجيه نظام علاجي. أنا أفهم أنني يمكنني أن أسحب موافقتي على إجراء أي فحوصات مستقبلية في أي وقت.

#### للسيدات الحوامل فقط:

بالإضافة إلى الفحص الوارد وصفه أعلاه فإنني أصرح لمقدم خدمة الرعاية الصحية بأن يكرر الفحص التشخيصي لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) في وقت لاحق أثناء هذا الحمل. أنا أفهم أن مقدم خدمة الرعاية الصحية سوف يناقش معي هذا الفحص قبل تكراره، وسوف يقوم بإبلاغي بنتائج الفحص. وتقتصر الموافقة على تكرار الفحص التشخيصي على الحمل الحالي ويمكن سحبها في أي وقت.

التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

(الشخص موضوع الفحص أو من ينوب عنه قانوناً)

إذا كنت ممثلاً قانونياً عن الشخص موضوع الفحص، برجاء توضيح علاقتك به: \_\_\_\_\_

الاسم مكتوباً: \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

فيما عدا فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) المستعمل في حالات الطلق والولادة، يحل هذا النموذج محل النماذج الأخرى الخاصة بالموافقة على إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) اعتباراً من 1 يونيو/حزيران 2005.

ملحوظة: تم تصميم هذا النموذج على أن يستخدم بالاقتران مع النموذج DOH-2556i، الجزء أ.