

সংক্রামক রোগ প্রকাশের সম্মতি

লক্ষ্য করুন: এটি HIV-সম্পর্কিত তথ্যের জন্য উপযুক্ত সম্মতি নয়

রোগীর নামের প্রথম অংশ	প্রথম	নামের মধ্য অংশের আদ্যক্ষর,
কেস নম্বর		
ফ্যাসিলিটি		ইউনিট

নির্দেশনা: রোগীকে এই ফর্মের একটি কপি দিন! রোগীর কেস রেকর্ডের জন্য একটি কপি তৈরি করুন।

আমাকে বলা হয়েছে যে নিউ ইয়র্ক স্টেট স্যানিটারি কোড [New York State Sanitary Code (10 NYCRR 2.10)] অনুযায়ী সংক্রামক রোগ নির্ণয়ের 24 ঘণ্টার মধ্যে সে ব্যাপারে নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ [New York State Department of Health (NYSDOH)] এবং/অথবা স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগকে অবহিত করতে হবে। আমাকে এও বলা হয়েছে যে আমার মধ্যে কোনো সংক্রামক রোগ নির্ণিত হলে সে ক্ষেত্রে আমার লিখিত সম্মতি ছাড়া আমাকে চিকিৎসা প্রদানকারী ফ্যাসিলিটি এ বিষয়টি ডিপার্টমেন্ট অফ হেলথ এবং/অথবা স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগকে অবহিত করতে হবে না।

সুতরাং, চিকিৎসা ফ্যাসিলিটিকে সংক্রামক রোগ সম্পর্কে অবহিতকরণের শর্ত পূরণে অনুমতি প্রদানের জন্য, যদি আমি কোনো সংক্রামক রোগে আক্রান্ত হই তাহলে সে সংক্রান্ত তথ্য NYSDOH এবং/অথবা স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগকে প্রদান করতে আমি উপরে উল্লিখিত চিকিৎসা ফ্যাসিলিটিকে অনুমোদন দিচ্ছি।

প্রকাশিতব্য তথ্য যে বিষয়গুলোর মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে: আমার নাম, আমার ঠিকানা, আমার রোগ নির্ণয়, আমি যাদের মাধ্যমে এই রোগের সংস্পর্শে এসেছি তাদের পরিচয়, আমার রোগের উৎস (যদি জানা থাকে) এবং (নির্দিষ্ট করে উল্লেখ করুন) প্রদত্ত যেকোনো চিকিৎসা এবং চলমান চিকিৎসা সেবার জন্য কোনো প্রাসঙ্গিক তথ্য।

আমি বুঝতে পারছি যে আমার সম্মতির ভিত্তিতে যে পরিমাণ পদক্ষেপ নেওয়া হয়েছে সেটুকু ব্যতীত যেকোনো সময় আমি আমার সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারি, এবং এই সম্মতির মাধ্যমে NYSDOH এবং/অথবা স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগকে প্রদত্ত তথ্য আমার অতিরিক্ত লিখিত অনুমোদন ছাড়া পুনরায় প্রকাশ করা যাবে না। আমি এটিও বুঝতে পারছি যে উপরে উল্লিখিত চিকিৎসা ফ্যাসিলিটি থেকে আমার ছাড়া পাওয়ার তারিখের ছয় (6) মাসের মধ্যে এই সম্মতির মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে। আমি এটিও বুঝতে পারছি, যেকোনো তথ্যের প্রকাশ অ্যালকোহল ও মাদক সেবনকারী রোগীর রেকর্ড নিয়ন্ত্রণকারী কোড অব ফেডারেল রেগুলেশনস-এর টাইটেল 42, পাশাপাশি হেলথ ইনসুরেন্স পোর্টবিলিটি অ্যান্ড অ্যাকাউন্টবিলিটি অ্যাক্ট অব 1996 ("HIPAA") 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 দ্বারা আবদ্ধ; এবং আমার অতিরিক্ত লিখিত অনুমোদন ছাড়া এই তথ্য উপরে মনোনীত পক্ষ ব্যতীত অন্য কোনো পক্ষের কাছে পুনরায় প্রকাশ করা নিষিদ্ধ।

রোগীর স্বাক্ষর

তারিখ

লক্ষ্য করুন: এই ফর্মের মাধ্যমে প্রকাশিত যেকোনো তথ্যের সাথে অ্যালকোহল/মাদক সেবনকারী রোগী (TRS -1) সম্পর্কিত তথ্য পুনরায় প্রকাশে নিষেধাজ্ঞার ফর্মটিও যুক্ত থাকবে।

নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ সংক্রামক রোগ সম্পর্কে অবহিতকরণের শর্তাবলী

নিউ ইয়র্ক স্টেট স্যানিটারি কোড (10 NYCRR 2.10, 2.14) এর অধীনে সন্দেহভাজন বা নিশ্চিত সংক্রামক রোগ সম্পর্কে অবহিত করা বাধ্যতামূলক। অবহিতকরণের প্রাথমিক দায়িত্ব চিকিৎসকের; উপরন্তু, পরীক্ষাগার (PHL 2102), স্কুলের নার্স (10 NYCRR 2.12), ডে কেয়ার সেন্টারের পরিচালক, নার্সিংহোম / হাসপাতাল (10 NYCRR 405.3d) এবং স্টেটের প্রতিষ্ঠানগুলো (10 NYCRR 2.10a) অথবা স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহকারী অন্যান্য স্থানগুলোকেও (10 NYCRR 2.12) নিচে তালিকাভুক্ত রোগগুলো সম্পর্কে অবহিত করতে হবে।

আনাপ্লাজমোসিস অ্যামিবিয়াসিস পশুর কামড় যার জন্য রেবিজ প্রফিলাক্সিস দেওয়া হয়1 আনপ্লাজম2 আরবোভাইরাল ইনফেকশন3 বেবিংওসিস বটুলিজম2 ক্রিপ্টোস্পোরিডিওসিস চ্যানক্রয়েড ক্র্যামিডিয়া ট্র্যাচোমোসিস ইনফেকশন কলেরা করোনাভাইরাস (গুরুতর বা নতুন) 2019 নতুন করোনাভাইরাস (COVID-19) সিডিয়োর অ্যাকিউট রেম্পিরেটরি সিনড্রোম (SARS) মিডল ইস্ট রেম্পিরেটরি সিনড্রোম (MERS)	ক্রিপ্টোস্পোরিডিওসিস সাইক্লোস্পোরিয়াসিস ডিফথেরিয়া ই.কলি O157:H7 ইনফেকশন4 অ্যালিকিওসিস এনসেফালোইটিস ফুডবোর্ন ইলনেস জিয়াডায়সিস গ্ল্যাভার্স2 গোনোকোকাল ইনফেকশন হিমোফিলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা5 ইনভেসিভ ডিজিজ) হস্টাভাইরাস ডিজিজ হিমোলিটিক ইউরেমিক সিনড্রোম হেপাটাইটিস A খাদ্য হ্যান্ডলারে হেপাটাইটিস A হেপাটাইটিস B (তীব্র বা দীর্ঘস্থায়ী নির্দিষ্ট করে উল্লেখ করুন) হেপাটাইটিস C (তীব্র বা দীর্ঘস্থায়ী নির্দিষ্ট করে উল্লেখ করুন)	প্রেগন্যান্ট হেপাটাইটিস B ক্যারিয়ার হার্পিস ইনফেকশন, 60 দিন বা তার কম বয়সী শিশু হাসপাতাল সম্পর্কিত সংক্রমণ (সেকশন 2.2 10 NYCRR তে বর্ণিত) ইনফ্লুয়েঞ্জা, পরীক্ষাগারে-নিশ্চিত লেজিয়েনেলোসিস লিস্টারিওসিস লাইম ডিজিজ লিফোথ্রানলোমা ভেনেরিয়াম ম্যালেরিয়া মিজলজ মেলিওয়েডোসিস2 মেনিনজাইটিস অ্যাপিটিক অথবা ভাইরাল হিমোফিলাস মেনিংগোকোকাল শুন্যানা (ধরন উল্লেখ করুন) মেনিংগোকোসেমিয়া	মাংকিপন্ন মাম্পস পাটুসিস প্লেগ2 পোলিওমায়লাইটিস শিটাকোসিস Q ফিভার2 রেবিজ1 রকি মাউন্টেন স্পটেড ফিভার রুবেলা (কনজেনিটাল রুবেলা সিনড্রোম সহ) স্যালমোনেলোসিস শিগাটক্সিন-প্রোডিউসিং ই.কলি4 (STEC) শিগেলোসিস4 স্যালপন্ন2 স্ট্যাফিলোকোকাস অরিয়াস6 (ভ্যানকোমাইসিনের প্রতি ত্রাস পাওয়া সংবেদনশীলতা বা প্রতিরোধ ক্ষমতা প্রদর্শন করার কারণে)	স্ট্যাফিলোকোকাল এন্টারোটক্সিন B পয়জনিং2 স্ট্রেপ্টোকোকাল ইনফেকশন (ইনভেসিভ ডিজিজ) 5 গ্রুপ A বিটা-হেমোলিটিক স্ট্রেপ গ্রুপ B স্ট্রেপ্টোকোকাস নিউমোনিয়া সিফিলিস, স্টেজ7 উল্লেখ করুন টিটেনাস টক্সিক শক সিনড্রোম ট্রান্সমিসেবল স্পঞ্জিফর্ম এনসেফালোপ্যাথিজ8 (TSE) ট্রাইচিনোসিস টিউবারকিউলোসিস কারেন্ট ডিজিজ (স্থান উল্লেখ করুন) টিউলারেমিয়া2 টাইফয়েড ড্যাংগিবিয়া ডিজিজ9 ভাইরোসিস6 ভাইরাল হেমোরাজিক ফিভার2 ইয়ারসিনোসিস
--	---	---	---	--

নিউ ইয়র্ক স্টেট

অফিস অব অ্যাডিকশন সার্ভিসেস অ্যান্ড সাপোর্টস (OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS)

কিভাবে অবহিত করবেন?

ঠিকানা

চিকিৎসক, নার্স, পরীক্ষাগার পরিচালক, সংক্রমণ নিয়ন্ত্রণ চর্চাকারী, স্বাস্থ্যসেবা ফ্যাসিলিটি, স্টেট প্রতিষ্ঠান, স্কুল।

ফোন

ফ্যাক্স

কোথায় অবহিত করতে হবে?

স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগে যেখানে রোগীরা থাকেন।

যোগাযোগের ব্যক্তি

নাম

কখন অবহিত করতে হবে?

রোগ নির্ণয়ের 24 ঘণ্টার মধ্যে;

- ফোন গাঢ় অক্ষরে রোগ,
- অন্য সকল রোগের জন্য কেস রিপোর্ট ডাকযোগে পাঠান-DOH-389।
- নিউ ইয়র্ক সিটিতে PD-16 ফর্ম ব্যবহার করুন।

বিশেষভাবে লক্ষ্য করুন

- গাঢ় অক্ষরে তালিকাভুক্ত রোগগুলোই জন্য তাৎক্ষণিক পদক্ষেপ প্রয়োজন এবং সেগুলো সম্পর্কে অবিলম্বে স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগকে অবহিত করতে হবে এবং পরে গোপনীয় কেস রিপোর্ট ফর্ম (DOH-389) জমা দিতে হবে। NYC-তে PD-16 কেস রিপোর্ট ফর্ম ব্যবহার করুন।
- উপরে তালিকাভুক্ত রোগগুলোর পাশাপাশি যেকোনো অস্বাভাবিক রোগের (একটি নতুন বা উদীয়মান রোগ বা লক্ষণ হিসাবে বর্ণিত যা সম্ভবত কোনো সংক্রামক এজেন্ট বা মাইক্রোবিয়াল টক্সিন দ্বারা সৃষ্ট) কথাও অবহিত করার যোগ্য।
- প্রাদুর্ভাব: কিছু রোগের আলাদা ক্ষেত্রে (যেমন, স্ট্রেপ্টোকোকাল গলার ঘা, মাথার উকুন, ইমপিটিগো, স্ক্যাবিস ও নিউমোনিয়া) অবহিত করার যোগ্য নয়, তবে যেকোনো সংক্রামক রোগের একটি গুচ্ছ বা প্রাদুর্ভাব অবহিত করা মতো ঘটনা।
- HIV সংক্রমণ, HIV-সম্পর্কিত অসুস্থতা এবং AIDS এর ব্যাপারে DOH-4189 ফর্মের মাধ্যমে অবহিত করার যোগ্য যা নিচের ঠিকানায় যোগাযোগ করে পাওয়া যাবে:

Division of Epidemiology, Evaluation and Research
P.O. Box 2073, ESP Station
Albany, NY 12220-2073
(518) 474-4284

NYCতে: নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন ফর
HIV/AIDS রিপোর্টিং, কল করুন:
(212) 442-3388

1. রেবিজ প্রফিল্যাক্সিস শুরু করার আগে অবশ্যই স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগকে অবহিত করতে হবে।
2. যে রোগগুলো বায়োটেমোরিজমের সম্ভাব্য নির্দেশক।
3. ইস্টার্ন অ্যাসুইন এনসেফালাইটিস ভাইরাস, ওয়েস্টার্ন ইকুইন এনসেফালাইটিস ভাইরাস, ওয়েস্ট নাইল ভাইরাস, সেন্ট লুই এনসেফালাইটিস ভাইরাস, লা ক্রস ভাইরাস, পাওয়সান ভাইরাস, জেমসটাউন ক্যানিয়ন ভাইরাস, ডেঙ্গি এবং হলুদ জ্বর অন্তর্ভুক্ত, তবে এর মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয়।
4. পজিটিভ শিগাটক্সিন পরীক্ষার ফলাফল রোগের অনুমানমূলক প্রমাণ হিসাবে অবহিত করা উচিত।
5. শুধুমাত্র রক্ত, CSF, জয়েন্ট, পেরিটোনিয়াল বা প্লিউরাল ফ্লুইড থেকে পজিটিভ কালচারের কেসগুলোর কথা অবহিত করুন। ত্বক, স্যালাইভা, খুতু বা গলার পজিটিভ কালচারের কেসগুলোর কথা অবহিত করবেন না।
6. তালিকাতে প্রস্তাবিত সংযোজন।
7. যেকোনো নন-ট্রেনপোনমাল পরীক্ষা $\geq 1:16$ অথবা টিটার নির্বিশেষে পজিটিভ যেকোনো প্রসবপূর্ব বা প্রসবের পরীক্ষা বা যেকোনো প্রাথমিক বা দ্বিতীয় স্তরের রোগের কথা ফোনে জানাতে হবে; অন্য সকল রোগের কথা ডাকযোগে অবহিত করা যেতে পারে।
8. ক্রেটজফেল্ট-জেজেকোব রোগসহ। সন্দেহভাজন রোগের কেসগুলোর ব্যাপারে সরাসরি নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ আলজেমিরাস ডিজিজ অ্যান্ড আদার ডিমেনশা রেজিস্ট্রিকে (New York State Department of Health Alzheimer's Disease and Other Dementias Registry) (518) 473-7817 নম্বরে অবহিত করতে হবে। NYC-তেও কেসগুলোর ব্যাপারে NYCDOHMH-কে অবহিত করতে হবে।
9. সংস্পর্শজনিত সংক্রমণের কারণে ভ্যাকসিনিয়া সংক্রমণযুক্ত ব্যক্তির আবেগ এবং টিকা থেকে নিম্নলিখিত জটিলতায় আক্রান্ত ব্যক্তির; একজিমা ভ্যাকসিনোটাম, এরিথেমা মাল্টিফর্ম মেজর বা স্টিভেনস- জনসন সিনড্রোম, ফেটাল ভ্যাকসিনিয়া, জেনারেলাইজড ভ্যাকসিনিয়া, ইনঅ্যাডভার্টেন্ট ইনোকুলেশন, অকুলার ভ্যাকসিনিয়া, পোস্ট-ভ্যাকসিনাল এনসেফালাইটিস বা এনসেফেলোমেলাইটিস, সংক্রমণের স্থানের পায়োজেনিক সংক্রমণ এবং অন্য যেকোনো গুরুতর প্রতিক্রিয়া।

অতিরিক্ত তথ্য

রোগ সম্পর্কে অবহিতকরণ সংক্রান্ত আরো তথ্যের জন্য
আপনার স্থানীয় স্বাস্থ্য বিভাগ অথবা
নিউ ইয়র্ক স্টেট ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ ব্যুরো অব
কমিউনিকেশন ডিজিজ কন্ট্রোলকে (518) 473-4439
অথবা কার্যসময়ের পরে (866) 881-2809 নম্বরে কল করুন।
নিউ ইয়র্ক সিটিতে 1 (866) NYC-DOH1 নম্বরে কল করুন।
অবহিতকরণ ফর্ম (DOH-389) পেতে কল করুন (518) 474-0548।