

کو منسوخ شدہ عملہ کے دستخط

مریض کا آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام
کیس نمبر		
سہولت گاہ	یونٹ	

متعدی امراض افشاء کرنے کی رضامندی

نوٹ: یہ HIV سے متعلق معلومات کے لیے موزوں رضامندی نہیں ہے

بدايات: مریض کو فارم کی نقل فراہم کریں! مریض کے کیس کے ریکارڈ کے لیے ایک (1) نقل تیار کریں

مجھے یہ بتا دیا گیا ہے کہ متعدی امراض تشخیص کے 24 گھنٹے کے اندر ریاست نیو یارک کے محکمہ صحت (NYSDOH) اور/یا مقامی محکمہ صحت کو رپورٹ کرنا ضروری ہے جیسا کہ ریاست نیو یارک کے سینٹری کوڈ (10 NYCRR 2.10) میں بیان کیا گیا ہے۔ مجھے یہ بھی بتا دیا گیا ہے کہ اگر مجھے متعدی مرض لاحق ہونے کا تعین ہوتا ہے تو اس صورت میں علاج کی سہولت گاہ میری تحریری رضامندی کے بغیر اس بارے میں محکمہ صحت اور/یا مقامی محکمہ صحت کو رپورٹ نہیں کرے گی۔

لہذا علاج کی سہولت گاہ کو متعدی مرض رپورٹ کرنے کے تقاضوں کی تعمیل کر پانے کی اجازت دینے کے لیے، میں یہاں مذکورہ بالا علاج کی سہولت گاہ کو NYSDOH اور/یا مقامی محکمہ صحت کو اپنے متعدی مرض لاحق ہونے سے متعلق معلومات فراہم کرنے کی اجازت کے لیے رضامندی فراہم کرتا/کرتی ہوں، اس صورت میں کہ مجھے ایسا کوئی مرض لاحق ہونے کی تشخیص ہو۔

ممکنہ افشاء کی حد اس تک محدود ہونی چاہیے: میرا نام، میرا پتہ، میری تشخیص، ان افراد کی شناخت جن تک میں نے ممکنہ طور پر مرض پھیلا یا ہو، میرے مرض کا ماخذ (اگر معلوم ہو) اور (وضاحت کریں) کوئی بھی دیا گیا علاج نیز میری جاری طبی نگہداشت کے لیے کوئی بھی متعلقہ معلومات۔

میں یہ سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میں اس رضامندی کو کسی بھی وقت منسوخ کر سکتا/سکتی ہوں سوائے اس حد تک کہ اس پر انحصار کرتے ہوئے کارروائی کر لی گئی ہو نیز NYSDOH اور/یا مقامی محکمہ صحت کو اس رضامندی کے ذریعے فراہم کی گئی معلومات کو میری اضافی تحریری منظوری کے بغیر دوبارہ افشاء نہیں کیا جا سکتا۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس رضامندی کی میعاد مذکورہ بالا سہولت گاہ سے میرے ڈسچارج ہونے کی تاریخ کے چھ (6) ماہ بعد ختم ہو جائے گی۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ کوئی بھی افشاء وفاقی ضوابط کے کوڈ کے عنوان 42 جو الکحل اور منشیات کے غلط استعمال کے مریضوں کے ریکارڈز کو کنٹرول کرتا ہے نیز 1996 صحت کی انشورنس کی انتقال پذیری اور احتساب کے ایکٹ 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 ("HIPAA") کے زیر اثر ہے نیز میری طرف سے اضافی تحریری منظوری کے بغیر ان معلومات کو مذکورہ بالا کے سوا کسی فریق کو دوبارہ افشاء کرنا ممنوع ہے۔

تاریخ

(مریض کے دستخط)

نوٹ: اس فارم کے ذریعے جاری کردہ کوئی بھی معلومات الکحل/منشیات کا غلط استعمال کرنے والے مریضوں سے متعلق دوبارہ افشاء کی ممانعت کے فارم (1-TRS) کے ہمراہ ہوگی

ریاست نیو یارک محکمہ صحت کے لیے متعدی امراض رپورٹ کرنے کے تقاضے

مشتبہ یا تصدیق شدہ متعدی امراض کی رپورٹنگ ریاست نیو یارک کے سینٹری کوڈ (10NYCRR 2.10, 2.14) کے تحت لازمی ہے۔ رپورٹنگ کی بنیادی ذمہ داری معالج پر عائد ہوتی ہے تاہم لیبارٹریوں (PHL 2102)، اسکول نرسز (10NYCRR 2.12)، ڈے کیئر سینٹر کے ڈائریکٹرز، نرسنگ ہومز/ہسپتالوں (10NYCRR 405.3d) اور ریاستی اداروں (10NYCRR 2.10a) یا صحت کی سروسز (10NYCRR 2.12) فراہم کرنے والے دیگر مقامات سے بھی مندرجہ ذیل امراض رپورٹ کرنے کا تقاضا کیا جاتا ہے۔

اسٹریپٹوکوک انفیکشن (تیزی سے سرایت کرنے والا مرض) ⁵ گروپ اے بی ٹا ہیملوٹیک اسٹریپٹ گروپ بی اسٹریپٹ اسٹریپٹوکوکس نمونے (سانیفیلس، مرحلہ کی وضاحت کریں) ⁷ ٹائٹس ٹاکسک شاک سنڈروم قابل منتقلی سپنجی فارم اینسیفیلو پیتھیٹس ⁸ (TSE) ٹرائی کینوسز (ٹیویر کیولوسز حالیہ مرض سائٹ کی وضاحت کریں) (نیولاریمیہ) ² (ٹائفائیڈ) ویکسینیا مرض ⁹ وبریوسز ⁶ (وانرل ہیمرجک فیور) ² یرسینیوسز	سٹاکوکس (کیو فیور) ² ریبیز ¹ راکی ماؤنٹین اسپائیڈ فیور (ریویلا) (بشمول کونجینٹل ریویلا سنڈروم) سلمونیلوسز (سیویئر ایکیوٹ ریسپائرٹری سنڈروم (SARS)) شیکائوکس پیدا کرنے والا ای کولائی ⁴ (STEC) شیکیلوسز ⁴ (چیچک) ² اسٹیٹائلوکوکس آوریس ⁶ (وینکو مانیسین کے خلاف کم حساسیت یا مزاحمت کا مظاہرہ کرنے والے اسٹریپٹوکوکس (وجہ سے) (اسٹیٹائلوکوکس) اینٹیرو ٹوکسن بی کی زبر آلودگی ²	انفلونزا، لیبارٹری سے تصدیق شدہ لیجنیلوسز لسٹیروسز لائم مرض لمفوگرینیولوما وینیریم ملیریا (میزلز) (میلوائیڈوسز) ² مینجائٹس اے سیٹیک یا وائرل (ہیموفائلس) (مینجوجکول) دیگر (قسم کی وضاحت کریں) (مینجوجوکسرنیا) (منکی پاکس) ممپس پرنسز (طاعون) ² (پولیو مانیٹیلس)	(غذا سے پھیلنے والی بیماری گپارڈیاسز (گلینڈرز) ² گونوکوک انفیکشن ہیمو فیلس انفلونزا ⁵ (تیزی سے سرایت کرنے والا مرض) (ہنتا وائرس کا مرض) ہیملوٹیک یوریمک سنڈروم ہیپائٹائٹس A (غذا کو ہینڈل کرنے والے میں ہیپائٹائٹس B (واضح کریں کہ مختصر مدتی ہے یا دائمی) ہیپائٹائٹس C (واضح کریں کہ مختصر مدتی ہے یا دائمی) حاملہ ہیپائٹائٹس C کیریئر بریسس انفیکشن، 60 سال یا اس سے کم عمر بچوں میں ہسپتال سے وابستہ انفیکشنز (جیسا کہ سینکشن 10NYCRR 2.2 میں واضح کیا گیا ہے)	اینپلازموسز ایمی بائی ایبسن (جانوروں کا کاٹ لینا جس کے لیے ریبیز پروفائلیکسز دیا جاتا ہے) ¹ (اینٹھریکس) ² (اریو وائرل انفیکشن) ³ بے بی سیوسز (ہیپٹائٹس) ² (بروسیلیوسز) ² کیمپائلو بیکٹریوسز کینکرائیڈ کلیمائڈیا ٹریکومیٹس انفیکشن (کولیرا) کرپٹو سپورڈیوسز سائیکلو سپوریا (ٹفٹھیریا) ای کولائی 0157:H7 انفیکشن ⁴ ایپرائیویسز (اینسیفالیٹس)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

خصوصی نوٹس

- **موتی لکھانی:** میں بیان کیے گئے امراض کے لیے فوری کارروائی درکار ہوتی ہے اور انہیں فون کے ذریعے فوراً صحت کے مقامی محکموں کو رپورٹ کیا جانا چاہیے نیز اس کے بعد راداری والے کیس کی رپورٹ کا فارم (DOH-389) جمع کروایا جانا چاہیے۔ NYC میں کیس رپورٹ کرنے کا فارم PD-16 استعمال کریں۔
- اوپر بیان کردہ امراض کے علاوہ، کوئی بھی غیر معمولی مرض (جس کی وضاحت نئے ظاہر ہونے یا ابھرنے والے مرض کے طور پر کی جاتی ہے جو ممکنہ طور پر قابل منتقلی انفیکشن والے ایجنٹ یا مائیکروبیال ٹاکسن کی وجہ سے ہو سکتا ہے) قابل رپورٹ ہے۔
- وبا پھوٹا: جبکہ کچھ امراض کے انفرادی کیسز (مثلاً اسٹریپٹوکوکل گائے کی سوزش، سر میں جونیں، امپیٹیگیو، اسکیبیز اور نمونیا) قابل رپورٹ نہیں ہیں، کسی بھی متعدی مرض کے کیسز کا زیادہ تعداد میں ہونا یا وبا کی صورت میں پھوٹنا قابل رپورٹ واقعہ ہے۔
- HIV انفیکشن، HIV سے متعلقہ امراض اور AIDS کے کیسز فارم DOH-4189 پر قابل رپورٹ ہیں جو یہاں رابطہ کر کے حاصل کیے جا سکتے ہیں:

NEW YORK STATE
OFFICE OF ALCOHOLISM AND SUBSTANCE ABUSE SERVICES

متعدی امراض افساء کرنے کی رضامندی کی ہدایات اور فٹ نوٹس

کسے رپورٹ کرنا چاہیے؟

معالجین، نرسز، لیبارٹری ڈائریکٹرز، انفیکشن کنٹرول پریکٹیشنرز، نگہداشت صحت کی سہولت گاہیں، ریاستی ادارے، اسکول۔

رپورٹ کہاں کی جانی چاہیے؟

جہاں مریض کی رہائش ہے اس جگہ کے مقامی محکمہ صحت کو رپورٹ کریں۔

رابطہ کرنے کے لیے شخص:
نام:
پتہ:
فون:
فیکس:

رپورٹ کہاں کی جانی چاہیے؟

تشخیص کے 24 گھنٹے کے اندر:

- موٹے حروف میں درج امراض کے لیے فون کریں۔
- دیگر تمام امراض کے لیے کیس کی رپورٹ DOH-389 پر ڈاک کے ذریعے بھیجیں۔
- شہر نیو یارک میں فارم PD-16 استعمال کریں۔

فٹ نوٹس:

1. ریویز پروفائلیکسز شروع کرنے سے پہلے مقامی محکمہ صحت کو مطلع کرنا چاہیے۔
2. ایسے امراض جو حیاتیاتی دہشت گردی کے ممکنہ اشارے ہوں۔
3. بشمول تائب بلاتحدید، ایسٹرن ایکونن اینسیفلائٹس وائرس، ویسٹرن ایکونن اینسیفلائٹس وائرس، ویسٹ نائل وائرس، سینٹ لوئس اینسیفلائٹس وائرس، لا کروسی وائرس، پوواسان وائرس، جیمز ٹاؤن کینین وائرس، ڈیٹنگی اور زرد بخار کی وجہ سے ہونے والے انفیکشنز۔
4. شگائوکسن ٹیسٹ کے مثبت نتائج کو مرض کے احتمالی ثبوت کے طور پر رپورٹ کیا جانا چاہیے۔
5. صرف خون، CSF، جوڑ، پیریٹونیل یا پلبورل مائع سے مثبت کلچرز والے کیسز رپورٹ کریں۔ جلد، تھوک، بلغم یا حلق سے مثبت کلچرز والے کیسز رپورٹ نہ کریں۔
6. فہرست میں مجوزہ اضافہ۔
7. کوئی بھی نان ٹریبونیمل ٹیسٹ جو $1:16 \leq$ ہو یا مثبت پری نیٹل یا ڈیلیوری ٹیسٹ ٹائٹر یا بنیادی یا ثانوی مرحلہ کے مرض سے قطع نظر، فون کے ذریعے رپورٹ کیا جانا چاہیے؛ دیگر سبھی کو ڈاک کے ذریعے رپورٹ کیا جا سکتا ہے۔
8. بشمول Creutzfeldt-Jakob مرض۔ مرض کے شبہ کی صورت میں کیسز براہ راست نیو یارک محکمہ صحت برائے الزائمر مرض اور دیگر ڈیمینشیاز رجسٹری کو (518) 473-7817 پر رپورٹ کیے جانے چاہئیں۔ NYC میں، کیسز NYCDOHMH کو بھی رپورٹ کیے جانے چاہئیں۔
9. رابطے کی وجہ سے ویکسینیا انفیکشن کا شکار ہونے والے افراد اور وہ افراد جنہیں ویکسینیشن کی وجہ سے مندرجہ ذیل پیچیدگیاں لاحق ہوں؛ ایگزیم ویکسینیشن، ایریٹھیمیا ملٹی فورمی میجر یا اسٹیونز جانسن سنڈروم، جنینی ویکسینیا، عمومی ویکسینیا، غیر ارادی ٹیکا کاری، آنکھوں میں ویکسینیا، پوسٹ ویکسینیل اینسیفلائٹس یا اینسیفالو مانیٹیس، پروگریسو ویکسینیا، انفیکشن کی جگہ کا پائوجینک انفیکشن اور کوئی اور سنگین ناموافق صورت۔

اضافی معلومات

مرض کی رپورٹنگ کے بارے میں مزید معلومات کے لیے، اپنے مقامی محکمہ صحت یا:

ریاست نیو یارک محکمہ صحت
متعدی امراض کے کنٹرول کے بیورو کو اس نمبر پر کال کریں: 518 473-4439 یا اوقات کار کے بعد 866-881-2809 پر کال کریں۔
شہر نیو یارک میں، 1 866 NYC-DOH1 پر کال کریں
رپورٹنگ فارمز (DOH-389) حاصل کرنے کے لیے، 518 474-0548 پر کال کریں