



**পার্ট B কিট - মাদক প্রভাবিত যৌন নিপীড়ন
প্রমাণ সংগ্রহ এবং প্রকাশ বা সংরক্ষণের জন্য রোগীর সম্মতির ফর্ম**

রোগীর লেবেল সংযুক্ত করুন
অথবা রোগীর নাম লিখুন: _____

| আরও তথ্য | | | |
|------------------|--|--------------|--|
| রোগীর ফোন নম্বর: | | রোগীর ইমেইল: | |
| সুবিধার নাম: | | | |

নির্দেশ: এই ফর্মটি কোনো যৌন নিপীড়নের রোগী বা তার অভিভাবক যৌন নিপীড়নের প্রমাণ সংগ্রহের অনুমোদন দিলে এবং মাদক দ্বারা প্রভাবিত হয়ে যৌন নিপীড়ন করা হয়েছে বলে সন্দেহ করা হলে ব্যবহার করা হয়। অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট স্থানে রোগীর / অভিভাবকদের নামের আদ্যক্ষর লিখুন; সম্পূর্ণ স্বাক্ষর ফর্মের নিচে প্রয়োজন হবে।

একজন প্রাপ্তমনস্ক নাবালক হাসপাতালের জরুরি বিভাগে আসলে, তিনি যৌন নিপীড়ন-পরবর্তী যত্নের সময়, পিতামাতাকে এর মধ্যে জড়িত না করে, ফরেনসিক পরীক্ষায় সম্মতি দেওয়া বা না দেওয়া বেছে নিতে পারেন।

সম্মতি ফর্মটি যৌন নিপীড়নের জন্য মেডিক্যাল ফরেনসিক পরীক্ষার সমস্ত উপাদান বর্ণনা করার জন্য নয়। প্রদানকারী, রোগী এবং রোগীর কোনো অভিভাবক থাকলে, তাদের মধ্যে ধারাবাহিক মৌখিক যোগাযোগের মাধ্যমে পরীক্ষা চলাকালীন রোগীকে সম্পূর্ণরূপে অবহিত করে তার থেকে সম্মতি নিতে হবে। এই ফর্মটি রোগীর ইলেকট্রনিক মেডিক্যাল রেকর্ডে সেভ করুন। অনুমোদনকারী ব্যক্তি (রোগী অথবা অভিভাবক) এবং আইন প্রয়োগকারীর কাছে একটি করে কপি বিতরণ করা যেতে পারে, যদি তা প্রকাশ করা হয়।

মাদক প্রভাবিত যৌন অপরাধের প্রমাণ সংগ্রহের সম্মতি

আমি প্রদানকারীকে নিউ ইয়র্ক স্টেট যৌন নিপীড়নের প্রমাণ সংগ্রহের কিট, পার্ট B (New York State Sexual Offense Evidence Collection Kit, Part B) ব্যবহার করে রক্ত এবং প্রস্রাবের নমুনা সংগ্রহ করতে দিতে সম্মত। আমি জানি যে এটি যৌন নিপীড়নের পরীক্ষার অংশ হিসাবে মাদকের উপস্থিতি শনাক্ত করার উদ্দেশ্যে করা হচ্ছে। আমি আইন প্রয়োগকারীর কাছে অপরাধের বিষয়ে অভিযোগ জানাতে চাইলে এই প্রমাণ ব্যবহার করা হবে।

আমি জানি যে পরীক্ষার যে কোনো বা সমস্ত অংশে ও প্রমাণ সংগ্রহের যে কোনো সময় আমি সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি। প্রদানকারী আমাকে "নিউ ইয়র্ক স্টেট যৌন অপরাধের শিকারের অধিকারের আইন"-এর একটি কপি দিয়ে আমার অধিকার সম্পর্কে জানিয়েছেন এবং আমাকে এটি ব্যাখ্যা করার প্রস্তাব দিয়েছেন।

... পৃষ্ঠা 2-এ যান

অনুগ্রহ করে আপনার পছন্দের পাশে নামের আদ্যক্ষর লিখুন:

রক্ত সংগ্রহ হ্যাঁ _____ না _____

প্রস্রাব সংগ্রহ হ্যাঁ _____ না _____

মাদক প্রভাবিত যৌন অপরাধের প্রমাণ প্রকাশ বা সংরক্ষণের সম্মতি সামগ্রিকভাবে কিটের জন্য পার্ট A সম্মতিতে অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে।

অনুমোদনকারী ব্যক্তি: রোগী রোগীর পিতামাতা রোগীর অভিভাবক

অন্যান্য (নির্দিষ্ট করুন): _____

| অনুমোদনকারী ব্যক্তির স্বাক্ষর | নাম মুদ্রণ করুন | তারিখ |
|-------------------------------|-----------------|-------|
| চিকিৎসা প্রদানকারীর স্বাক্ষর | নাম মুদ্রণ করুন | তারিখ |
| দোভাষীর স্বাক্ষর (যদি থাকে) | নাম মুদ্রণ করুন | তারিখ |

বিতরণ: রোগীর মেডিকেল রেকর্ডে মূল নথি; রোগীর কাছে কপি

সম্মতির ফর্ম পার্ট B কিট বক্সে রাখবেন না

নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন অনুসারে, এই ডকুমেন্টের অনূদিত সংস্করণগুলি মনোনীত ভাষায়
<https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>-এ উপলভ্য