

## HIV TESTING CONSENT FORM

I \_\_\_\_\_ (Consentee), hereby give my unconditional consent to perform HIV testing by authorized laboratory person of Neuberg Supratech Reference Laboratories Private Limited with details as below: The procedure is requested by my referring physician for diagnostic purpose. I have been given Pre-test counseling for HIV testing by the referring physician. Post-test counseling has also been ensured by the referring physician. NSRL hold no responsibility for counseling.

The procedure is requested by my referring physician for diagnostic purpose. I have been given Pre-test counseling for HIV testing by the referring physician. Post-test counseling has also been ensured by the referring physician. NSRL hold no responsibility for counseling.

I have been informed and explained in detail about the HIV testing at STMPL. The information about the HIV test will be strictly confidential and provided upon the consent to the following:

- 1) Referring physician
  - 2) Laboratory staff (authorized)
  - 3) Husband or Wife (of the patient)
  - 4) Health department (Government / Corporation, if notified)
- Consent for HIV test  Yes  No

### HIV ટેસ્ટ સંમતિ ફોર્મ

હું નીચે સહી કરનાર શ્રી / શ્રીમતી \_\_\_\_\_ (સંમતિ આપનાર) ન્યુબર્ગ સુપ્રાટેક રેફરન્સ લેબોરેટરી પ્રાઇવેટ લિમિટેડના સત્તાવાર અધિકૃત લેબોરેટરી ટેકનિશિયન દ્વારા \_\_\_\_\_ (દર્દી) નો HIV ટેસ્ટ (પરીક્ષણ) કરવા માટે બિનશરતી સંમતિ આપું છું.

આ ટેસ્ટની ભલામણ રોગના નિદાન માટે મારા / દર્દીના સંદર્ભ ડોક્ટર દ્વારા કરવામાં આવી છે. આ ટેસ્ટ માટે જરૂરી ટેસ્ટ પૂર્વેની સલાહ અને સમજણ મારા સંદર્ભ ડોક્ટર દ્વારા આપવામાં આવેલ છે તથા ટેસ્ટ બાદની સલાહ પણ તેઓ દ્વારા આપવામાં આવશે તેવી ખાતરી આપેલ છે. ન્યુબર્ગ સુપ્રાટેક રેફરન્સ લેબોરેટરી પ્રાઇવેટ લિમિટેડ ઉપરોક્ત ટેસ્ટ સંબંધી સલાહ / સમજણ માટે જવાબદાર નથી.

HIV ટેસ્ટ વિશે મને / દર્દીને ન્યુબર્ગ સુપ્રાટેક રેફરન્સ લેબોરેટરી પ્રાઇવેટ લિમિટેડ દ્વારા જરૂરી માહિતી અને સમજણ આપવામાં આવેલ છે. HIV ટેસ્ટ વિશેની માહિતી કાયદાકીય જરૂરિયાત અનુસાર ગુપ્ત રાખવામાં આવશે. મારી / દર્દીની સંમતિથી નીચે મુજબની વ્યક્તિઓને આપવામાં આવશે.

- ૧) સંદર્ભ ડોક્ટર (તબીબ)
- ૨) લેબોરેટરી અધિકૃત સ્ટાફ
- ૩) પતિ કે પત્ની (દર્દીના)
- ૪) આરોગ્ય ખાતુ (કોર્પોરેશન / સરકારી જો લાગુ પડે તો)

HIV ટેસ્ટ કરવા માટે સંમતિ  હા  ના

Name of the Patient / દર્દીનું નામ: \_\_\_\_\_

Age & Sex / ઉંમર / જાતિ: \_\_\_\_\_

Case ID / કેસ નંબર: \_\_\_\_\_

Referring Physician / સંદર્ભ ડોક્ટર: \_\_\_\_\_

Signature (Patient/Relative/Guardian/Attendant): \_\_\_\_\_

Date / તારીખ: \_\_\_\_\_

સહી - દર્દી/સગા/વાલી/અન્ય દર્દી સાથે હાજર:

|                 |                           |               |                 |
|-----------------|---------------------------|---------------|-----------------|
| Prepared by: QM | Approved by: Lab Director | Issued by: QM | Page No. 1 to 1 |
|-----------------|---------------------------|---------------|-----------------|