

প্রদানকারী/প্রতিষ্ঠানের নাম

PSYCKES সম্পর্কে

নিউ ইয়র্ক স্টেট (NYS) মানসিক স্বাস্থ্য দপ্তর Psychiatric Services and Clinical Knowledge Enhancement System (PSYCKES) (সাইকিয়াট্রিক সার্ভিসেস অ্যান্ড ক্লিনিক্যাল নলেজ এনহ্যান্সমেন্ট সিস্টেম) পরিচালনা করে। এই অনলাইন ডেটাবেসটি আপনার কিছু কিছু চিকিৎসা সংক্রান্ত পুরোনো তথ্য এবং আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অন্যান্য তথ্য জমা রাখে। যখন প্রয়োজন হবে তখন আপনাকে সেগুলো সরবরাহ করতে এটি আপনার স্বাস্থ্য প্রদানকারীদের সাহায্য করবে। PSYCKES-এ থাকা তথ্য আপনার চিকিৎসা নথি, NYS Medicaid ডেটাবেস এবং অন্যান্য উৎস থেকে সংগ্রহ করা হয়। www.psyckes.org-এ যান এবং PSYCKES সম্পর্কে-এ ক্লিক করুন, যাতে এই প্রোগ্রাম এবং আপনার তথ্য কোথা থেকে আসে সে সম্পর্কে আরও জানতে পারেন।

এই ডেটার মধ্যে অন্তর্গত:

- আপনার নাম, জন্ম তারিখ, ঠিকানা এবং অন্যান্য তথ্য যা আপনার পরিচয়কে চিহ্নিত করে;
- আপনার স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য Medicaid দ্বারা অর্থ প্রদান করা হয়;
- আপনার স্বাস্থ্যমূলক পরিচর্যার ইতিহাস যেমন ধরুন অসুস্থতা অথবা আঘাত এর জন্য চিকিৎসা, পরীক্ষার ফলাফল এবং ওষুধপত্র;
- আপনি বা আপনার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা সিস্টেমে যুক্ত করা অন্যান্য তথ্য, যেমন একটি স্বাস্থ্য Safety Plan (সুরক্ষা পরিকল্পনা)।

আপনার যা করতে হবে

আপনার তথ্য গোপনীয়, অর্থাৎ অন্যদের এটি দেখার জন্য অনুমতির প্রয়োজন। যদি আপনি সরবরাহকারীদের আপনার রেকর্ডে অ্যাক্সেস করতে দিতে বা তা অস্বীকার করতে চান তাহলে আপনি এখনই বা যেকোন সময় এই ফর্মটি সম্পূর্ণ করুন। আপনার সিদ্ধান্ত আপনার চিকিৎসাসেবা গ্রহণের অধিকার বা স্বাস্থ্যবিমা কভারেজকে প্রভাবিত করবে না।

নীচের বাক্সগুলির মধ্যে একটি টিক চিহ্ন দেওয়ার আগে অনুগ্রহ করে এই পৃষ্ঠার পিছনে সতর্কভাবে পড়ুন।

বেছে নিন:

- “আমি সম্মতি দিচ্ছি” যদি আপনি চান যে এই প্রদানকারী এবং আপনার পরিচর্যায় যুক্ত তাদের কর্মীরা আপনার PSYCKES-এর তথ্য দেখতে পারেন।
- “আমি সম্মতি দিচ্ছি না” যদি আপনি তাদের দেখতে না চান।

আপনি সম্মতি না দিলেও, কিছু পরিস্থিতিতে রাজ্য ও ফেডারেল আইন ও বিধিমালা অনুযায়ী এই প্রদানকারী PSYCKES-এ থাকা আপনার স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য দেখতে পারেন অথবা অন্য কোনো প্রদানকারীর কাছ থেকে তা সংগ্রহ করতে পারেন। উদাহরণস্বরূপ, যদি Medicaid আপনার স্বাস্থ্যসেবার মান নিয়ে উদ্বেগ হয়, তাহলে আপনার প্রদানকারী PSYCKES-এ অ্যাক্সেস পেতে পারেন, যাতে তিনি নির্ধারণ করতে পারেন যে আপনি সঠিক সময়ে উপযুক্ত সেবা পাচ্ছেন কি না।

আপনার পছন্দ। অনুগ্রহ করে শুধুমাত্র 1 টি ঘরে চিহ্ন দিন।

আমি সম্মতি জানাচ্ছি যাতে এই প্রদানকারী এবং আমার পরিচর্যায় যুক্ত তাদের কর্মীরা আমার স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের উদ্দেশ্যে আমার স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারেন।



আমি সম্মতি জানাচ্ছি না যাতে এই প্রদানকারী আমার স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য অ্যাক্সেস করতে না পারেন, তবে আমি বুঝি যে রাজ্য ও ফেডারেল আইন ও বিধিমালা অনুমতি দিলে তারা এই তথ্য দেখতে সক্ষম হতে পারেন।

স্পষ্ট অক্ষরে রোগীর নাম

রোগীর জন্মতারিখ

রোগীর Medicaid ID নম্বর

রোগী অথবা রোগীর আইনগত প্রতিনিধির স্বাক্ষর

তারিখ

আইনগত প্রতিনিধির নাম স্পষ্ট অক্ষরে লিখুন (যদি প্রযোজ্য হয়)

আইনগত প্রতিনিধির সঙ্গে রোগীর সম্পর্ক (যদি প্রযোজ্য হয়)

1

কীভাবে প্রদানকারী আপনার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ব্যবহার করতে পারে। তারা এটি শুধুমাত্র নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যে ব্যবহার করতে পারেন:

- চিকিৎসা, পরিচর্যার সমন্বয় এবং সংশ্লিষ্ট সেবা প্রদান করতে।
- চিকিৎসাসেবার মান মূল্যায়ন ও উন্নত করতে।
- জরুরি পরিস্থিতিতে আপনার চিকিৎসা প্রদানকারীদের অবহিত করতে (যেমন, আপনি জরুরি বিভাগে যান)।

2

তারা কোন তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারেন। আপনি সম্মতি দিলে, _____ আপনার PSYCKES-এ থাকা স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত সমস্ত তথ্য দেখতে পারবেন। এর মধ্যে আপনার স্বাস্থ্য নথি থেকে প্রাপ্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে, যেমন রোগ বা আঘাত (উদাহরণস্বরূপ, ডায়াবেটিস বা হাড় ভাঙা), পরীক্ষার ফলাফল (X-ray, রক্ত পরীক্ষা বা স্ক্রিনিং), মূল্যায়নের ফলাফল এবং ওষুধ সংক্রান্ত তথ্য। এর মধ্যে আপনার এবং আপনার চিকিৎসা সরবরাহকারীর বিকাশ যত্ন পরিকল্পনা, সুরক্ষা পরিকল্পনা এবং মানসিক রোগের উন্নত দিকনির্দেশ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। এর মধ্যে আপনার এবং আপনার চিকিৎসা প্রদানকারীর যৌথভাবে প্রস্তুত করা পরিচর্যা পরিকল্পনা, নিরাপত্তা পরিকল্পনা এবং মনোরোগ-সংক্রান্ত অগ্রিম নির্দেশনাও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

- মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অবস্থা
- অ্যালকোহল বা মাদক ব্যবহার
- জন্মনিয়ন্ত্রণ ও গর্ভপাত (পরিবার পরিকল্পনা)
- জেনেটিক (বংশগত) রোগ বা পরীক্ষা
- HIV/AIDS
- যৌনবাহিত রোগ

3

তথ্য কোথা থেকে আসে। Medicaid-এর মাধ্যমে পরিশোধিত আপনার যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা আপনার নথির অংশ হবে। রাষ্ট্র পরিচালিত মনোচিকিৎসা কেন্দ্র থেকে প্রাপ্ত পরিষেবাগুলিও সেরকম। আপনার চিকিৎসা নথির কিছু তথ্য (সব নয়) এবং আপনি ও আপনার চিকিৎসক যে তথ্য এন্টর করান, তা PSYCKES-এ সংরক্ষিত থাকে। আপনার অনলাইন নথিতে অন্যান্য NYS ডেটাবেস থেকে প্রাপ্ত স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত থাকে এবং ভবিষ্যতে নতুন ডেটাবেসও যুক্ত হতে পারে। বর্তমান তথ্যের উৎসগুলির তালিকা এবং PSYCKES সম্পর্কে আরও তথ্য জানতে www.psyckes.org-এ গিয়ে About PSYCKES দেখুন, অথবা আপনার প্রদানকারীকে আপনার জন্য তালিকাটি প্রিন্ট করে দিতে বলুন।

4

আপনার সম্মতিতে কারা আপনার তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারবেন। _____

-এর চিকিৎসক এবং আপনার পরিচর্যার সঙ্গে যুক্ত অন্যান্য কর্মী, সেইসঙ্গে-এর পক্ষে দায়িত্ব পালনকারী বা অন-কল স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীরা। _____ উপরে #1-এ উল্লেখিত দায়িত্ব পালনকারী কর্মীরাও আপনার তথ্য অ্যাক্সেস করতে পারবেন।

5

আপনার তথ্যের অনুপযুক্ত অ্যাক্সেস বা ব্যবহার। আপনার PSYCKES স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্যের অননুমোদিত অ্যাক্সেস বা ব্যবহারের জন্য শাস্তির বিধান রয়েছে। আপনার যদি কখনও সন্দেহ হয় যে কেউ আপনার তথ্য দেখেছে বা অ্যাক্সেস করেছে – যার তা করার কথা নয়– তাহলে যোগাযোগ করুন:

- _____ এখানে _____, অথবা
- NYS মানসিক স্বাস্থ্য কার্যালয় – গ্রাহক সম্পর্ক-এর 800-597-8481 নম্বরে।

6

আপনার তথ্য শেয়ার করা। _____

রাজ্য বা ফেডারেল আইন ও বিধিমালা অনুমোদন করলে তবেই আপনার স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য অন্যদের সঙ্গে শেয়ার করা যেতে পারে। এটি বৈদ্যুতিন বা কাগজের আকারে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের জন্য সত্য। কিছু রাজ্য ও ফেডারেল আইন HIV/AIDS এবং মাদক ও অ্যালকোহল চিকিৎসা-সংক্রান্ত সংবেদনশীল স্বাস্থ্য-তথ্য প্রকাশের ক্ষেত্রে বিশেষ সুরক্ষা এবং অতিরিক্ত শর্ত আরোপ করে।¹

7

কার্যকারিতার সময়কাল। আপনি _____

থেকে সর্বশেষ যে তারিখে সেবা গ্রহণ করেছেন, তার পরবর্তী ৩ বছর পর্যন্ত অথবা আপনি যেদিন আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করবেন - যেটি আগে ঘটে - ততদিন পর্যন্ত এই সম্মতিপত্র কার্যকর থাকবে।

8

আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করা। আপনি যেকোনো সময় সম্মতি প্রত্যাহারের ফর্ম-এ স্বাক্ষর করে এবং তা -এ জমা দিয়ে আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারেন _____। আপনি যেকোনো সময় একটি নতুন সম্মতি ফর্ম-এ স্বাক্ষর করে আপনার সম্মতির সিদ্ধান্ত পরিবর্তন করতে পারেন। আপনি এই ফর্মগুলি

www.psyckes.org থেকে অথবা আপনার প্রদানকারীকে _____ এখানে _____। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন, এই সম্মতি ফর্ম কার্যকর থাকা অবস্থায় _____ এর মাধ্যমে আপনার স্বাস্থ্য-সংক্রান্ত তথ্য প্রাপ্ত প্রদানকারীরা সেই তথ্যের অনুলিপি করতে বা তাদের চিকিৎসা নথিতে অন্তর্ভুক্ত করতে পারেন। আপনি যদি নিজের সম্মতি প্রত্যাহার করেন তাহলে তাদের তথ্য ফিরিয়ে দেওয়ার বা তাদের রেকর্ড থেকে মুছে ফেলার দরকার নেই।

9

ফর্মের অনুলিপি। আপনি এতে স্বাক্ষর করার পর এই সম্মতি ফর্ম-এর একটি অনুলিপি পেতে পারেন।