**Ưng Thuận Tham gia Chương trình Chế ngự cơn Đau**

(**Consent for Participation in the Pain Management Programme)**

Tôi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ở\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Tên chữ in của khách hàng) (Client Name) (Địa chỉ) (Address)

Đồng ý tham gia Chương trình Chế ngự cơn Đau.

Bằng lòng và chấp nhận các điều sau đây (xin đánh dấu vào mỗi ô):

* Thu thập thông tin cá nhân của tôi (tên, địa chỉ và chi tiết liên lạc) cho mục đích tham gia Chương Trình Chế ngự cơn Đau.
* Thông tin y tế của tôi sẽ được thu thập nhằm mục đích theo dõi tiến bộ của tôi trong suốt chương trình. Điều này có thể bao gồm: chi tiết cơn đau của tôi, khả năng hoạt động, các số đo thể hình và dữ liệu khác.
* Thông tin y tế của tôi sẽ được chuyển tiếp bằng thư đến nhà cung cấp y tế được đề cử, thí dụ như bác sĩ gia đình của tôi.
* Tôi cho phép người chăm sóc sức khoẻ được đề cử gởi thông tin liên quan đến việc tôi tham gia trong Chương Trình Giảm Đau Cộng Đồng đến điều phối viên chương trình, nhằm mục đích giới thiệu chuyển tiếp và đánh giá.
* Tôi hiểu rằng bất kỳ thông tin được thu thập nhằm mục đích đánh giá Chương Trình Chế ngự cơn Đau sẽ không nhận biết danh tính, và tên của tôi sẽ không liên kết với thông tin này.
* Tôi hiểu rằng bất kỳ lúc nào trong chương trình, tôi cũng có thể rút ra hoặc sửa đổi thỏa thuận này bằng cách liên lạc với dịch vụ ở số được liệt kê trên thông tin dịch vụ đã đưa cho tôi.

**Thỏa Thuận về Truyền Thông**

* Tôi **đồng ý** cho sử dụng các hình ảnh/đoạn phim/cuộc phỏng vấn về tôi trong các tài liệu giáo dục và đánh giá nhằm quảng bá Chương Trình Giảm Đau này.
* Tôi **không đồng ý** cho bất kỳ hình ảnh/đoạn phim/hoặc phỏng vấn nào được phát hành.

Tên \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chữ Ký \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tôi đã giải thích các yêu cầu về thỏa thuận với người tham gia có tên ở trên và đã trả lời các câu hỏi của họ.

Tên \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Chức danh \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ký tên \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Published Apr 2017. ACI/D23/878 © State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016