

## Consent form for patients registering into HIV Care & starting ART

### सहमति पत्र

मैं, ..... (पता) ..... आई. सी.टी.सी. पी.आई.डी. नम्बर..... अपने स्वास्थ्य एवं एच.आई.वी./एड्स की स्थिति से सम्बन्धित जानकारी ए.आर.टी. केन्द्र के सेवा कर्मियों जो कार्यक्रम प्रबन्धन का एक अंग है को, अपनी व्यक्तिगत स्थिति साझा करने की सहमति प्रदान करता हूँ।

और

मैं, राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण कार्यक्रम के अन्तर्गत ए.आर.टी. को प्राप्त करने में सहमत हूँ।

ए.आर.टी. केन्द्र स्टाफ द्वारा अवगत करायी गयी सभी सूचनाएं समझ गया हूँ, जो निम्न है :-

- ए.आर.टी. किसी प्रकार की आपात-स्थिति नहीं है एवं यह दवा चिकित्सक के निर्णय पर आरम्भ की जायेगी। मैं, केन्द्र में प्राय सूचना के दवा प्राप्ति हेतु समयनुसार, एवं नियमित, उपस्थित रहूंगा।
- ए.आर.टी. दवा प्राप्त करने पर अन्य सेवा प्रदाताओं जैसे सी.बी.ओ./एन.जी.ओ./सी.सी.सी./पॉजिटिव नेटवर्क के साथ आपकी व्यक्ति स्थिति साझा करनी होगी, जो इलाज एवं अन्य कल्याणकारी उपायों का समर्थन आउटरीच और घर आधारित घर पर देखभाल की गतिविधियों के माध्यम से करेंगे।
- ए.आर.टी. की दवा के सेवन में 100 प्रतिशत दृढ़ता की आवश्यकता है और मैं, उसका पालन करूंगा।
- ए.आर.टी. की दवा के साईड-इफेक्ट की मुझे जानकारी है।
- मैं अपने आप दवा को नहीं रोकूंगा, यदि कोई समस्या आयी तो दवा केन्द्र को लौटाऊंगा। यदि मेरे द्वारा दवा का क्रम बीच में रोका जाता है / नियमित खाने का पालन नहीं किया जाता है तो उस कारण से उत्पन्न हुई शारीरिक जटिलताओं के लिए मैं ए.आर.टी. केन्द्र के स्वास्थ्य देखभाल स्टाफ को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा।
- यदि, मैं, पहले से बाहर से ए.आर.टी. की विभिन्न दवा प्राप्त कर रहा हूँ तदपरान्त ए.आर.टी. केन्द्र में पंजिकरण होने पर मैं राष्ट्रीय कार्यक्रम के दिशानिर्देशानुसार दवा आरम्भ करने में सहमत हूँ।
- यदि, मैं, किसी व्यक्तिगत कारणों एवं आजीविका हेतु दूसरे शहर जाना पड़ता है तो मैं, ए.आर.टी. केन्द्र से नियमानुसार स्थानान्तरण पत्र प्राप्त कर निर्धारित शहर के केन्द्र से दवा प्राप्त करूंगा।

.....  
Signature of witness  
(Doctor/nurse/counsellor)

.....  
क्लाईन्ट के हस्ताक्षर एवं दिनांक