



सत्यमेव जयते  
भारत सरकार



आधार

भारतीय विशिष्ट पहचान प्राधिकरण

भारत सरकार

Unique Identification Authority of India  
Government of India

नामांकन क्रम / Enrollment No 1001/10377/00262

To,  
अरुण मालवीय  
Arun Malviya  
S/O Shiv Narayan Malviya  
I- 98/A 97  
Tulsi Nagar  
1250 Hospital Tulsi Nagar  
Huzur  
C.T.T.Nagar Bhopal  
Madhya Pradesh 462003

29/11/2011

Ref: 490 / 22C / 428649 / 428653 / P



UE217005532IN



आपका आधार क्रमांक / Your Aadhaar No. :

**4960 3053 2507**

**आधार — आम आदमी का अधिकार**



भारत सरकार  
GOVERNMENT OF INDIA



अरुण मालवीय  
Arun Malviya  
जन्म वर्ष / Year of Birth : 1992  
पुरुष / Male



**4960 3053 2507**

**आधार — आम आदमी का अधिकार**

एचआईवी सहमति फॉर्म  
HIV Consent Form

Lab Ref. No. / प्रयोगशाला संदर्भ संख्या : A0219457 Accession No. : 17241060097

Pre-Test Counselling/ परीक्षण से पहले परामर्श

This is to certify that I have conducted pre-test counselling of Mr. / Ms. / Dr. Self  
on date      /      /     

I have explained in detail, the information about HIV/ AIDS, its modes of transmission, testing procedures their limitations and interpretation of test results. All this information has been given to patient in the language he/ she understands and the patient is fully satisfied with my pre-test counselling.

यह प्रमाणित किया जाता है कि मैंने श्री/सुश्री/डॉ. Self की पूर्व-परीक्षा परामर्श का आयोजन इस तारीख 15/04/2024 पर किया गया।

मैंने एचआईवी/एड्स के बारे में जानकारी, इसके संचरण के तरीके, परीक्षण प्रक्रियाओं, उनकी सीमाओं और परीक्षण परिणामों की व्याख्या के बारे में विस्तार से बताया है। यह सारी जानकारी रोगी को उसी भाषा में दी गई है जिसे वह समझता/समझती है और रोगी मेरी परीक्षण-पूर्व परामर्श से पूरी तरह संतुष्ट है।

Counsellor Signature:

Arun Malviya

काउंसलर के हस्ताक्षर:

Name of the Counsellor:

Self

काउंसलर का नाम:

CONSENT FORM FOR HIV TESTING / एचआईवी परीक्षण के लिए सहमति प्रपत्र

This is to inform that I, Arun Malviya, have been counselled about the HIV test to be conducted on my blood sample. I have also been explained about the implications of the test result.

All the details pertaining to HIV/ AIDS, its transmission, testing procedures, their limitations, and interpretation of test result have been explained to me in a manner that I can understand.

I hereby give my consent for the test to be conducted on my blood sample in order to ascertain my HIV status.

यह सूचित किया जाता है कि मेरे रक्त के नमूने पर किए जाने वाले एचआईवी परीक्षण के बारे में मुझे, Arun Malviya परामर्श दिया गया है। मुझे परीक्षा परिणाम के निहितार्थ के बारे में भी बताया गया है।

एचआईवी/एड्स से संबंधित सभी विवरण, इसके संचरण, परीक्षण प्रक्रिया, उनकी सीमाएं, और परीक्षण के परिणाम की व्याख्या मुझे इस तरह से समझाई गई है कि मैं समझ सकता हूं।

मैं अपनी एचआईवी स्थिति का पता लगाने के लिए अपने रक्त के नमूने पर किए जाने वाले परीक्षण के लिए अपनी सहमति देता हूं।

Name / नाम : Arun Malviya Age / उम्र : 32y

Gender/ लिंग :  M /  F /  TG

Marital Status:  Married /  Unmarried वैवाहिक स्थिति:  विवाहित /  अविवाहित

Address / पता: S/O. Shiv Narayan Malviya  
I-98/A97 Tulsei Nagar

Date: / दिनांक: 15/04/2024



एचआईवी सहमति फॉर्म  
**HIV Consent Form**

Result/ नतीजा

I understand that my result will be kept confidential and authorize the following person/ referring doctor or agency to collect my report.

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे परिणाम को गोपनीय रखा जाएगा और मैं निम्नलिखित व्यक्ति/संदर्भित चिकित्सक या एजेंसी को मेरी रिपोर्ट लेने के लिए अधिकृत करता/ करती हूँ।

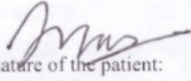
Self/ स्वयं:

Ref. doctor/ संदर्भित चिकित्सक:

Ref. Agency/ संदर्भित एजेंसी:

Relative (please specify)

रिश्तेदार (कृपया निर्दिष्ट करें)

  
Signature of the patient:

रोगी के हस्ताक्षर

(Signature of Guardian, in case of Minor)/ (नाबालिग के मामले में अभिभावक के हस्ताक्षर)

**Note:**

1. It may be noted that the general consent obtained for carrying out procedures in a hospital/ clinics does not include HIV consent
2. In case of minor, the consent should be obtained from the parents / legal guardian.
3. In case of unconscious patients, the consent shall be obtained from the closest relative available at the time of sampling.
4. In case no relative is available, the test may be carried out on the recommendation of two attending certified Medical practitioners.

**ध्यान रखें:**

1. यह ध्यान दिया जा सकता है कि अस्पताल/क्लिनिक में प्रक्रियाओं को करने के लिए प्राप्त सामान्य सहमति में एचआईवी सहमति शामिल नहीं है।
2. अवयस्क के मामले में, सहमति माता-पिता/कानूनी अभिभावक से प्राप्त की जानी चाहिए।
3. बेहोश रोगियों के मामले में, नमूना लेने के समय उपलब्ध निकटतम रिश्तेदार से सहमति प्राप्त की जाएगी।
4. यदि कोई रिश्तेदार उपलब्ध नहीं है, तो दो उपस्थित प्रमाणित चिकित्सा चिकित्सकों की सिफारिश पर परीक्षण किया जा सकता है।

**Post Test Counselling (undertaking by the counsellor) / पोस्ट टेस्ट काउंसलिंग (परामर्शदाता द्वारा उपक्रम)**

This is to certify that on receipt of the laboratory report of HIV test, I shall do post test counselling of the client prior to handing over the report to him / her, I shall explain in detail all the consequences and limitations of the test in the language the patient understands, till the patient is satisfied with post-test counselling.

यह प्रमाणित किया जाता है कि एचआईवी परीक्षण की प्रयोगशाला रिपोर्ट प्राप्त होने पर, मैं ग्राहक को रिपोर्ट सौंपने से पहले परीक्षण के बाद परामर्श करूंगा, मैं परीक्षण के सभी परिणामों और सीमाओं के बारे में विस्तार से बताऊंगा। जब तक रोगी परीक्षण के बाद परामर्श से संतुष्ट नहीं हो जाता, तब तक वह भाषा को समझता है।

Dated Signature of Counsellor:  
काउंसलर के दिनांकित हस्ताक्षर

Name of the Counsellor:  
काउंसलर का नाम

Name of the Patient:  
रोगी का नाम

Signature of Guardian (in case of minor):  
अभिभावक के हस्ताक्षर (नाबालिग के मामले में)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ARUN Malviya

\_\_\_\_\_