

HIV POST TEST COUNSELLING FORM

Counsellor's Commitment:

I, hereby state that the client has been counselled about the HIV Post test result interpretation and has been explained about the implications of the test result. All details pertaining to HIV its transmission, prevention, testing procedures, its limitations and interpretation of results have been explained to the client in a manner that he can understand. I, the counsellor, will do everything possible to assure that the counseling session and the test result will be kept confidential. This is to state that I have counselled about the HIV Post test result and have explained about the implications of the test result.

Signature of Counsellor:

Date // DR. P. L. SARMA.

(Name in capital letters)

Client's Commitment:

I have been counselled after test result and all details pertaining to HIV, its transmission, prevention, testing procedures, its limitations and interpretation of result have been explained to me in a manner that I can understand.

Signature of Client:

Date // USUF ALE

(Name in capital letters)

సలహాదారు యొక్క నిబధ్యత:

పౌచ్చపవి పోస్ట్ పరీక్ష ఫలిత వ్యాఖ్యానం గురించి క్లియంట్కు సలహా ఇవ్వబడిందని మరియు పరీక్ష ఫలితం యొక్క చిక్కుల గురించి వివరించబడిందని నేను దీని ద్వారా పేర్కొన్నాను. పౌచ్చపవికి సంబంధించిన అన్ని వివరాలు దాని ప్రసారం, నివారణ, పరీక్ష విధానాలు, దాని పరిమితులు మరియు ఫలితాల వివరణ క్లియంట్కు అతను అర్థం చేసుకోగలిగే విధంగా వివరించబడ్డాయి. కొనెపులింగ్ సెపున్ మరియు పరీక్ష ఫలితం గోప్యంగా ఉంచబడుతుందని భరోసా ఇవ్వడానికి నేను, కొనిపాలర్, సాధ్యమైన ప్రతిదాన్ని చేస్తాను. నేను పౌచ్చపవి పోస్ట్ పరీక్ష ఫలితం గురించి వివరించాను.

కొనిపాలర్ సంతకం:

తేదీ //

క్లియంట్ యొక్క నిబధ్యత:

పరీక్ష ఫలితం తర్వాత నాకు సలహా ఇవ్వబడింది మరియు పౌచ్చపవికి సంబంధించిన అన్ని వివరాలు, దాని ప్రసారం, నివారణ, పరీక్ష విధానాలు, దాని పరిమితులు మరియు ఫలితాల వివరణ నాకు అర్థమయ్యి విధంగా నాకు వివరించబడ్డాయి.

క్లియంట్ సంతకం:

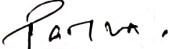
తేదీ //

Counselor's Commitment :

I, hereby state that the client has been counseled about the HIV test and has been explained about the implications of the test result. All details pertaining to HIV. Its transmission, prevention, testing procedures, its limitations and interpretation of results have been explained and the client has given his/her free and informed consent to conduct an HIV test on him/her. I, the counselor, will do everything possible to assure that the consent of the counseling session and the test result will be kept confidential.

కానీగలర్ యొక్క నిబధ్తత:

క్లియంట్ పోచెసపి పరీక్ష గురించి సలహా ఇవ్వబడిందని మరియు పరీక్ష ఫలితం యొక్క చిక్కుల గురించి వివరించబడిందని నేను దీని ద్వారా తెలియజేస్తున్నాను. పోచెసపికి సంబంధించిన అన్ని వివరాలు. దాని ప్రసారం, నివారణ, పరీక్ష విధానాలు, దాని పరిమితులు మరియు ఫలితాల వివరాల వివరించబడ్డాయి మరియు క్లియంట్ అతని / అమెప్రై పోచెసపి పరీక్ష నిర్వహించడానికి ఉచిత మరియు సమాచార సమృతిని ఇచ్చారు. కొన్సెలింగ్ సెప్షన్ యొక్క సమృతి మరియు పరీక్ష ఫలితం గోప్యంగా ఉంచబడుతుందని భరోసా ఇవ్వడానికి నేను, కానీగలర్, సాధ్యమైన ప్రతిదాన్ని చేస్తాను.

Signature of Counselor: 
కానీగలర్ సంతకం:

Date 28/10/2024,

తారీఖ / / /

Client's Informed Consent :

- ❖ I have been informed about HIV infection. Now I am aware about the possible outcomes of the test and significance. I have been informed about the limitations of the test.
- ❖ I am aware that this test cannot be imposed on me under any circumstances without my prior permission. I understand that I have the right to refuse this test.
- ❖ This is being done purely medical reasons and not any medico-legal complications.
- ❖ I am hereby giving permission to obtain the blood for HIV testing, performing the tests, generating the results and transmission of the results.

క్లియంట్ యొక్క సమాచారం సమృతి:

- ❖ పోచెసపి సంక్రమణ గురించి నాకు సమాచారం అందింది. పరీక్ష మరియు వీరాముఖ్యత యొక్క ఫలితాల గురించి ఇప్పుడు నాకు తెలుసు. పరీక్ష యొక్క పరిమితుల గురించి నాకు సమాచారం ఇవ్వబడింది.
- ❖ నా ముందన్న అనుమతి లేకుండా ఎట్లి పరిషోభుల్లోనూ ఈ పరీక్ష నాటై విధించబడదని నాకు తెలుసు. ఈ పరీక్షను తెరస్కరించే హక్కు నాకు ఉందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.
- ❖ ఇది పూర్తిగా వైద్య కారణాల వల్ల జరుగుతోంది మరియు వైద్య-చట్టపరమైన సమస్యలు కాదు.
- ❖ పోచెసపి పరీక్ష కోసం రక్తం పొందటానికి, పరీక్షలు చేయటానికి, ఫలితాలను ఉత్పత్తి చేయడానికి మరియు ఫలితాల ప్రసారానికి నేను దీని ద్వారా అనుమతి ఇస్తున్నాను.

Signature of Client: 

Date 28/10/2024,

క్లియంట్ సంతకం:

తారీఖ / / /