



**مجموعة الجزء (ب) - الاعتداء الجنسي بمساعدة المخدرات
نموذج موافقة العميل على جمع الأدلة وإصدارها أو تخزينها**

ضع ملصق المريض
أو أدخل اسم المريض: _____

بيانات إضافية		
رقم هاتف المريض:	بريد المريض الإلكتروني:	
اسم المنشأة:		

تعليمات: يُستخدم هذا النموذج عندما يسمح المريض ضحية الاعتداء الجنسي أو الوصي عليه بجمع الأدلة على الاعتداء الجنسي، وفي حالة الشك بوقوع اعتداء جنسي بمساعدة المخدرات. يُرجى إدراج الحروف الأولى من اسم المريض/ الوصي في الأسطر المحددة؛ والتوقيعات الكاملة مطلوبة في أسفل النموذج.

قد يوافق القاصر البالغ الذي يتقدم إلى قسم الطوارئ بالمستشفى على إجراء فحص طب شرعي، أو قد يختار عدم الموافقة على إجراءاته، دون تدخل ولي الأمر، في سياق الرعاية بعد الاعتداء الجنسي.

لا يهدف نموذج الموافقة المائل إلى وصف جميع عناصر فحص الطب الشرعي للاعتداء الجنسي. ويجب الحصول على موافقة مستنيرة تمامًا من المريض طوال الفحص من خلال التواصل الشفهي المستمر بين مقدم الرعاية والمريض والوصي، إن وجد. يُحفظ هذا النموذج في السجل الطبي الإلكتروني للمريض. ويجوز توزيع نسخة إلى الشخص المسموح له بذلك (المريض و/أو الوصي) وسلطات إنفاذ القانون، في حالة تحريره.

الموافقة على جمع الأدلة على الاعتداء الجنسي بمساعدة المخدرات

أوافق على السماح لمقدم الخدمة بجمع عينات الدم والبول باستخدام مجموعة جمع الأدلة على الجرائم الجنسية بولاية نيويورك، الجزء (ب). وأفهم أن الغرض من ذلك هو تحديد وجود المخدرات من عدمه باعتبار ذلك جزءًا من فحص الاعتداء الجنسي. وتُستخدم الأدلة إذا أردت إبلاغ سلطات إنفاذ القانون بالجريمة.

وأفهم أنه بإمكانني رفض أي جزء من هذا الفحص وجمع الأدلة أو كل أجزاءها في أي وقت من الأوقات. وقد أخبرني مقدم الخدمة بحقوقني عن طريق إعطائي نسخة من "قانون حقوق ضحايا الاعتداء الجنسي في ولاية نيويورك" وعرض شرحه لي.

يُرجى وضع الحروف الأولى من اسمك بجانب اختيارك:

أخذ عينة دم
نعم _____ لا _____

أخذ عينة بول
نعم _____ لا _____

الموافقة على تحرير أو تخزين الأدلة على الاعتداء الجنسي بمساعدة المخدرات مضمنة في الجزء (أ) الخاصة بالأدوات ككل.

... يُتبع في الصفحة 2

الشخص الذي صرَّح بالموافقة هو:

المريض

ولي أمر المريض

الوصي على المريض

أخرى (حدد):

التاريخ	الاسم مطبوع	توقيع الشخص المُفوض
التاريخ	الاسم مطبوع	توقيع مقدم الرعاية الطبية
التاريخ	الاسم مطبوع	توقيع المترجم الفوري (إن وُجد)

التوزيع: الأصل في السجل الطبي للمرضى؛ نسخة للمريض

لا تضع نموذج الموافقة في خانة مجموعة الجزء (ب)

بموجب قانون ولاية نيويورك، تتوفر النسخ المترجمة من هذا المستند باللغات المحددة عبر الموقع الإلكتروني:
<https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>