



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

أرفق 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. يُرجى إدراج الحروف الأولى من اسم المريض/الوصي في الأسطر المحددة؛ والتوقعات 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 تحريرها.

**الموافقة على جمع الأدلة على الاعتداء الجنسي**

أوافق على السماح لمقدم الخدمة بجمع الأدلة على الاعتداء الجنسي باستخدام مجموعة جمع الأدلة على الجرائم الجنسية بولاية نيويورك، الجزء (أ). أفهم أن هذا قد يشمل سؤالي عن تاريخي الشخصي والطبي، وفحصي بحثًا عن إصابات محتملة أو مشاكل طبية أخرى، وأخذ عينات للحصول على أدلة. وقد أختار الموافقة على أخذ صور فوتوغرافية للإصابات، عند اللزوم. 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:

جمع الأدلة  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

صور فوتوغرافية  
نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

... يُتبع في الصفحة 2

## الموافقة على تحرير أو تخزين الأدلة على الاعتداء الجنسي

يمكن أن أقرر إبلاغ سلطات إنفاذ القانون بحالتي، وتقديم المعلومات وكذلك الأدلة المجموعة مني إلى هذه السلطات. وقد تشمل الأدلة مجموعة جمع الأدلة على الجرائم الجنسية بولاية نيويورك، الجزء (أ)، ومجموعة جمع الأدلة على الجرائم الجنسية بولاية نيويورك، الجزء (ب)، و/أو صور فوتوغرافية، و/أو أي أعراض شخصية أخرى تم جمعها خلال الفحص. وستقدم سلطات إنفاذ القانون الأدلة المجموعة مني إلى مختبر الطب الشرعي لإجراء الفحص.

أو يمكنني أن أقرر أنني لا أريد إخطار سلطات إنفاذ القانون أو السماح بتقديم الأدلة والمعلومات التي تم جمعها لهم. وقد أُخبرت بأن الأدلة المجموعة المتعلقة بي ستُحفظ في مكان تخزين آمن لمدة عشرين (20) عامًا. فإذا كنت لا أريد تقديم الأدلة الخاصة بي إلى سلطات إنفاذ القانون خلال فترة التخزين البالغة عشرين (20) عامًا، سيتم التخلص منها لاحقًا وفقًا لقوانين الولاية والقوانين المحلية.

أفهم أنه قد أختار إصدار الأدلة المتعلقة بي إلى سلطات إنفاذ القانون في أي وقت لحين التخلص منها. ولإصدار الأدلة، يمكنني الاتصال بمقدم الرعاية الطبية الذي قام بجمعها، أو سلطات إنفاذ القانون، أو برامج مساعدة الضحايا، أو بمنشأة التخزين الآمن. وفي حالة نقل الأدلة المتعلقة بي، وقبل التخلص منها، سيبدل أحدهم قصارى جهده لإخطاري.

أفهم أن ملابسي وأي أعراض شخصية أخرى تم جمعها كدليل ستُعاد إلي إذا طلبتها.

يُرجى وضع الحروف الأولى من اسمك بجانب اختيارك:

إخطار سلطات إنفاذ القانون	نعم _____ لا _____
إصدار الأدلة إلى سلطات إنفاذ القانون (إذا كانت الإجابة بـ "لا"، تُرسل الأدلة إلى التخزين طويل المدى)	نعم _____ لا _____
إصدار الصور الفوتوغرافية إلى سلطات إنفاذ القانون	نعم _____ لا _____
إصدار أعراض أخرى (حدد) _____	نعم _____ لا _____

الشخص الذي صرّح بالموافقة هو:  المريض  ولي أمر المريض  الوصي على المريض  أخرى (حدد):

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

التوزيع: الأصل في السجل الطبي للمرضى؛ نسخة للمريض؛  
نسخة لسلطات إنفاذ القانون، في حالة إخطارها

لا تضع نموذج الموافقة في خانة مجموعة الجزء (أ)