

入院確認書

治療：

本人在此同意並授權 Mount Sinai Health System (MSHS)、醫師、護理師和其他臨床人員為本人提供照護，其中可能包括維持本人的照護和健康所需的治療、檢測和醫療程序。本人瞭解，本人可能會獲得受訓人員在受監督情況下提供的照護，除非本人另有要求且本人的主治醫師確定即便沒有這些團隊成員也可保證安全。

觀察人員和廠商：

本人瞭解，技術或廠商支援人員可能會加入本人的醫療照護團隊。

暴露期間的血液檢測：

本人瞭解，如果參與本人照護和治療的人員接觸到某些體液，可能會導致血源性疾病的傳播，本人需要接受人類免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)、B 型肝炎和 C 型肝炎血液檢測，以確定是否有暴露風險。

患者 HIV 檢測：

一般 HIV 資訊：

- HIV 是引起後天免疫缺乏症候群 (Acquired Immune Deficiency Syndrom, AIDS) 的病毒，可透過無保護性行為、共用針頭、分娩或母乳餵養傳播。
- 如果本人的檢測結果呈陽性，本人可獲得 HIV/AIDS 治療，以幫助本人保持健康和延長壽命。
- HIV/AIDS 感染者可採用安全措施來保護他人免受感染。
- 因任何人感染 HIV 而對其加以歧視是非法行為。

根據《紐約州公共衛生法》(NYS Public Health Law) 第 27F 條的要求，醫院需要向患者提供 HIV 檢測相關資訊，具體如下：

- 醫療保健提供者必須為所有 13-64 歲的患者提供 HIV 檢測。
- 檢測屬於自願性質，且所有 HIV 檢測結果均會予以保密 (不公開)。
- 某些公共檢測站點提供匿名 HIV 檢測 (不會透露您的姓名)。
- 本人可隨時以口頭或書面形式撤銷同意。

本人已閱讀上述內容，如果本人有任何疑問或想瞭解更多資訊，本人會通知本人的照護提供者。

患者* 或合法授權代表**

正楷姓名

簽名

日期

時間

關係

* 除非患者未滿 18 歲或無行為能力，否則必須取得患者的簽名。

**法院指定的監護人、醫療保健代理人或《家庭醫療保健決定法》(Family Health Care Decisions Act) 所規定的代理人