

PATIENT CONSENT AND ACKNOWLEDGMENT — KHMER

ការទទួលស្គាល់ និងការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺ

នេះគឺជាការទទួលស្គាល់ និងការយល់ព្រមរបស់អ្នកជំងឺតាមស្តង់ដាររបស់ Lifespan ដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅពេលចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺនៅឯមន្ទីរពេទ្យ ដែលជាសាខារបស់ Lifespan (ដូចជា Newport, Rhode Island និង The Miriam) គឺនិយមន័យមន្ទីរពេទ្យទាំងនេះ ឬ ទីតាំងព្យាបាលដោយក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់ Lifespan ("ទីតាំងថែទាំព្យាបាល")

ការយល់ព្រមឲ្យពិនិត្យ និងព្យាបាល - ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវការ ការពិនិត្យជំងឺ ដំណើរការវិនិច្ឆ័យធាតុនិងវេជ្ជសាស្ត្រ ការប្រើប្រាស់ឱសថ ហើយក្នុងកាលៈទេសៈខ្លះ ត្រូវការ ការព្យាបាលបន្ថែម ពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើវិភាគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលសភាពជំងឺរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ជាលិកានិងសារធាតុរាវជីវសាស្ត្រដូចជា ឈាម ឬទឹកនោម អាចត្រូវបានប្រមូលយកដើម្បីធ្វើការពិនិត្យ និងវិនិច្ឆ័យធាតុ ហើយគេក៏អាចប្រើប្រាស់សំណាកទាំងនេះសម្រាប់លើកកម្ពស់គុណភាព ការអប់រំ ផ្នែកវិនិច្ឆ័យធាតុ គោលបំណងស្រាវជ្រាវមួយចំនួន ឬផ្នែកវិទ្យាសាស្ត្រ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាក្នុងពេលថែទាំព្យាបាលជំងឺ ខ្ញុំអាចនឹងត្រូវទទួលបានការពិនិត្យ និងព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យ និងបុគ្គលិកផ្សេងទៀតដែលជាផ្នែកនៃការបណ្តុះបណ្តាលរបស់ពួកគេដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ការថតរូប ការថតវីដេអូ ការថតសំឡេង ការកត់ត្រាបែបឌីជីថល ឬបែបផ្សេងៗទៀត អាចត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងគោលបំណងកំណត់អត្តសញ្ញាណ ឬធ្វើជាឯកសារអំពីការថែទាំព្យាបាល ឬសភាពជំងឺរបស់ខ្ញុំ។ តាមរយៈនេះ ខ្ញុំយល់ព្រមមានការអនុវត្តន៍នូវការពិនិត្យ និងដំណើរការទាំងនេះដែលជាផ្នែកនៃការព្យាបាលជំងឺរបស់ខ្ញុំ ដែលអាចនឹងត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការសមរម្យដោយគ្រូពេទ្យដែលផ្តល់ការថែទាំព្យាបាលឲ្យខ្ញុំ ("ក្រុមថែទាំព្យាបាល")។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ការប្រើប្រាស់ឱសថគឺមិនមែនជាវិទ្យាសាស្ត្រច្បាស់លាស់ទេ ហើយខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ពុំមានការធានាណាមួយត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះខ្ញុំអំពីប្រសិទ្ធភាពនៃដំណើរការនានា ការព្យាបាល ឬការពិនិត្យ នោះទេ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិបដិសេធមិនយល់ព្រមធ្វើការវះកាត់ ឬការព្យាបាលណាមួយក៏បាន។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ក្រុមថែទាំព្យាបាលឲ្យខ្ញុំ នឹងប្រាប់ខ្ញុំឲ្យដឹងពីផ្លូវបដិសេធដែលសមហេតុផលបំផុតសម្រាប់សភាពជំងឺរបស់ខ្ញុំ ហើយផ្លូវបដិសេធនេះនឹងត្រូវបានកំណត់ទុក និងអនុវត្តដើម្បីជាប្រយោជន៍ដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់ខ្ញុំដែលជាអ្នកជំងឺម្នាក់។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ទីតាំងថែទាំព្យាបាល មានសិទ្ធិបដិសេធមិនអនុវត្តនូវដំណើរណាមួយក៏បាន ប្រសិនបើខ្ញុំ ឬអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំ មិនបានផ្តល់ការយល់ព្រមដែលបានជូនដំណឹងឲ្យបានច្បាស់លាស់។ ខ្ញុំដឹងថា បើខ្ញុំ ឬអ្នកតំណាងដែលបានជ្រើសតាំងរបស់ខ្ញុំ បដិសេធមិនយល់ព្រមចំពោះដំណើរការដែលត្រូវបានផ្តល់អនុសាសន៍នោះការព្យាបាលអាចនឹងចុះអន់ថយប្រសិទ្ធភាពដោយផ្នែក ឬទាំងស្រុង។

ការចាត់ចែងអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង និងការអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ជូនព័ត៌មានថែទាំសុខភាពទៅឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម - ខ្ញុំយល់ដឹងថា គ្រូពេទ្យឬបុគ្គលិកនៅទីតាំងថែទាំព្យាបាលមួយចំនួន អាចនឹងមិនមែនជានិយោជិតរបស់ទីតាំងថែទាំព្យាបាលរបស់ Lifespan ទេ។ តាមរយៈនេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យមានការបង់ប្រាក់ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំដោយផ្ទាល់ទៅឲ្យអង្គការ Lifespan ជាធរមាន និងទៅឲ្យគ្រូពេទ្យដែលបានចូលរួមជាមួយ Lifespan ដែលជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងពេលទៅពិនិត្យព្យាបាល ឬដេកពេទ្យ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងថា វាជាការទទួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃកិច្ចសន្យាអំពីផែនការសុខភាពរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងទទួលបានវិក័យបត្របង់ប្រាក់ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា ពីខាងសេវាកម្មដែលផ្តល់នូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការពន្យល់អំពីរូបថតកាំរស្មី X និងរូបថតវិនិច្ឆ័យធាតុផ្សេងៗទៀត ហើយសេវាកម្មរបស់គ្រូពេទ្យមួយចំនួនអាចនឹងចេញវិក័យបត្របង់ប្រាក់ដាច់ដោយឡែកពីខាងសេវាកម្មនៃទីតាំងថែទាំព្យាបាល។

ការអនុញ្ញាតដោយ MEDICARE - ដរាបណាខ្ញុំត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ខ្ញុំយល់ព្រមតាមលក្ខខណ្ឌអំពីការចូលដេកពេទ្យដែលបានរៀបរាប់ក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ។ ខ្ញុំសូមអះអាងថា រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឲ្យពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំក្រោមកម្មវិធី Medicare (មាតិកា XVIII នៃច្បាប់ស្តីពីសន្តិសុខសង្គម) គឺពិតជាត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំស្នើសុំចុះថាការបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត ដែលនឹងត្រូវបង់ក្នុងនាមខ្ញុំ សូមបង់ទៅឲ្យមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យដែលមន្ទីរពេទ្យបានជួល។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកដែលកាន់កាប់ព័ត៌មានព្យាបាលជំងឺ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតអំពីខ្ញុំ ផ្តល់ទៅឲ្យមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) និងភ្នាក់ងាររបស់មជ្ឈមណ្ឌលនេះនូវព័ត៌មានតាមត្រូវការដើម្បីបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ទាំងនេះ ឬអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗ។

ការទទួលខុសត្រូវខាងហិរញ្ញវត្ថុ - ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យ Lifespan ប្រើប្រាស់គណនីរបស់ខ្ញុំ ឬប្រមូលប្រាក់ក្នុងចំនួនណាមួយដែលខ្ញុំអាចនឹងជំពាក់ Lifespan អាចទំនាក់ទំនងមកកាន់ខ្ញុំតាមទូរស័ព្ទតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងគណនីរបស់ខ្ញុំដែលរួមមានលេខទូរស័ព្ទចល័តដែលអាចឲ្យបណ្តាលឲ្យមានការគិតថ្លៃពីខ្ញុំ។ រឺទំនាក់ទំនងអាចរួមមានការប្រើប្រាស់សារជាសំឡេងដែលបានថតទុកជាមុន/សិប្បនិម្មិត និង/ឬការប្រើប្រាស់សេវាហៅទូរស័ព្ទដោយស្វ័យប្រវត្តិដែលអាចប្រើបាន។

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យទីតាំងថែទាំព្យាបាល ប្រើប្រាស់សមតុលភណ្ឌទាន់មិនទាន់សងដែលខ្ញុំអាចនឹងមាននៅក្នុងគណនីរបស់ខ្ញុំដើម្បីបំពេញបន្ថែមឲ្យបាន ពេញលេញបំផុតតាមដែលអាចធ្វើបានទៅលើសមតុលភណ្ឌមិនទាន់សងនានាដែលខ្ញុំអាចនឹងមានជាមួយទីតាំងថែទាំព្យាបាល ផ្សេងទៀតមុនពេលធ្វើការសងប្រាក់សម្រាប់អ្នកជំងឺមកឲ្យខ្ញុំវិញ។

ការទំនាក់ទំនងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក

ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលយកការទំនាក់ទំនងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកដែលមានលក្ខណៈរដ្ឋបាលពី Lifespan។ វិធីសាស្ត្រនៃការបញ្ជូនការទំនាក់ទំនងនេះអាចរួមមានដូចជា អ៊ីមែល សារជាអក្សរ សារតាមទូរសព្ទ និងមធ្យោបាយបែបអេឡិចត្រូនិកដទៃទៀតដែលអាចនឹងមាន។ គោលបំណងនៃការទំនាក់ទំនងនេះអាចនឹងរួមមាន តែមិនកំណត់ត្រឹមតែការកំណត់ពេលវេលាណាត់ជួប ឬការរំលឹកពីការណាត់ជួប ការជម្រាបជូនដំណឹងទាក់ទងនឹងផលសម្រាប់អ្នកជំងឺ MyLifespan ការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី ការស្ទង់មតិ សំណួរទូទៅ ឬបញ្ហានៃការចេញវិក្កយបត្រគិតថ្លៃ/បង់ទូទាត់ថ្លៃតែប៉ុណ្ណោះទេ។ តាមរយៈការយល់ព្រមតាមការបញ្ជូនព័ត៌មានទាំងនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា ឯកជនភាព និងសុវត្ថិភាពនៃការទំនាក់ទំនងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកមិនអាចធានាបានឡើយ និងថាភាគីដែលជាមួយពួកគេខ្ញុំបានជ្រើសរើសចែករំលែកអាសយដ្ឋានអេឡិចត្រូនិក ឬលេខទូរសព្ទជាមួយអាចនឹងដឹងនូវការបញ្ជូនបែបនោះដែរ ហើយ អាចនឹងមានមធ្យោបាយក្នុងការចូលទៅកាន់ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំបានដោយប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីការបញ្ជូនទាំងនេះ។

ការទទួលស្គាល់ - ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំបានអាននូវសេចក្តីរៀបរាប់ខាងលើ ហើយគេបានពន្យល់សេចក្តីទាំងនោះដល់ខ្ញុំ ហេតុដូច្នោះហើយ ខ្ញុំបានយល់។ ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំជាអ្នកជំងឺ ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺ ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកជំងឺដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតត្រឹមត្រូវ ដែលអាច ត្រួតពិនិត្យនូវខ្លឹមសារទាំងឡាយខាងលើ និងព្រមទទួលខុសត្រូវទាំងនោះបាន។

ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវចុះឈ្មោះ ឬដោយសារការថែទាំជំងឺរបស់ខ្ញុំ ឬទទួលយកការព្យាបាល (ពាក់ព័ន្ធនឹងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) ថ្នាំញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹងនៅឯកម្មវិធីមួយដូចខាងក្រោម៖ Caritas House (នៅមន្ទីរពេទ្យ Bradley Hospital) កម្មវិធីអន្តរាគមន៍អ្នកប្រើអំពើវាយដំ, សេវាកម្ម ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការញៀនថ្នាំ Eastman House ឬ Pawtucket (នៅឯ Gateway Healthcare) និង/ឬមណ្ឌលព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ទៅលើមនុស្សពេញវ័យដែលមានធាតុចិត្ត (នៅឯមន្ទីរអនុវត្តដោយក្រុមគ្រូពេទ្យ Lifespan) ខ្ញុំក៏នឹងត្រូវស្នើសុំឲ្យពង្រីកការទទួលស្គាល់ និងការយល់ព្រមរបស់ខ្លួនតាមសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដូចតទៅ៖

ការយល់ព្រមឲ្យកម្មវិធី LIFESPAN (42 CFR PART 2) បញ្ចេញនូវព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលការញៀនថ្នាំ/គ្រឿងស្រវឹងរបស់ខ្ញុំ - ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាត ឲ្យកម្មវិធី Lifespan បញ្ចេញនូវទិន្នន័យអំពីបញ្ហា និងការអះអាងទាក់ទងនឹងវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនទាំងអស់របស់ខ្ញុំរួមមានប៉ុន្តែមិនកំណត់ ត្រឹមតែប្រវត្តិ ការវិភាគ ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និងការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ និងព័ត៌មានបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណផ្សេងទៀតទៅកាន់កំណត់ត្រា LifeChart របស់ខ្ញុំ (កំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិករបស់ខ្ញុំនៅឯ Lifespan) និងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងអ្នកមានអាជីពជាអ្នកថែទាំដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឲ្យ ចូលប្រើកំណត់ត្រា LifeChart របស់ខ្ញុំ ទោះជាពួកគេធ្វើការអនុវត្ត ឬមិនអនុវត្តនៅក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ Lifespan ក៏ដោយ។ ការយល់ព្រមនេះនឹង ផុតកំណត់ប្រសិនបើ និងពេលដែល Lifespan ឬអង្គការបន្តជនរបស់វា និង LifeChart ឬប្រព័ន្ធកត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រតាមអេឡិចត្រូនិករបស់អង្គការ បន្តផ្តល់លេខមានតទៅទៀត។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងដកហូតការយល់ព្រមនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយមានការជូនដំណឹងទៅកាន់កម្មវិធី Lifespan ដែលខ្ញុំទទួលបានការព្យាបាលការញៀនថ្នាំ ឬគ្រឿងស្រវឹងនៅពេលណាមួយ។ ទោះបីយ៉ាងណា ខ្ញុំក៏យល់ដឹងផងដែរថា ខ្ញុំមិនអាច ដកហូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មានណាមួយដែលបានធ្វើរួចហើយដោយមានការយល់ព្រមពីមុនរបស់ខ្ញុំបានទេ។

ខ្ញុំក៏យល់ដឹងផងដែរថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិស្នើសុំបញ្ជីផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការចេញផ្សាយព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលការញៀនថ្នាំ ឬគ្រឿងស្រវឹងរបស់ខ្ញុំដោយកម្មវិធី ព្យាបាលរបស់ Lifespan របស់ខ្ញុំដោយអនុលោមតាមការយល់ព្រមនេះផងដែរ។ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំជាមនុស្សតែម្នាក់គត់ដែលមានសិទ្ធិចំពោះបញ្ជីផ្តល់សិទ្ធិ ក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំដែលបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេលពីរឆ្នាំមុនការស្នើសុំរបស់ខ្ញុំ។

ដោយការចុះឈ្មោះលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះខាងក្រោមនេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំយល់ និងថាព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំដែលត្រូវបានការ ពារក្រោមបទបញ្ញត្តិការរក្សាការសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធនៅក្នុងផ្នែក 42 CFR Part 2 អាចត្រូវបានចេញផ្សាយទៅកាន់កំណត់ត្រា LifeChart របស់ខ្ញុំ និងអាចចូលប្រើប្រាស់ដោយអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល និងអ្នកមានអាជីពព្យាបាលរបស់ខ្ញុំបាន។

ប្រសិនបើខ្ញុំនឹងត្រូវចុះឈ្មោះជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យ ឬដោយសារការថែទាំជំងឺដែលខ្ញុំព្យាបាល នៅក្នុងស្ថាប័នណាមួយខាងក្រោមនេះ ៖ មន្ទីរពេទ្យ

Newport មន្ទីរពេទ្យ Rhode Island ឬ មន្ទីរពេទ្យ The Miriam ខ្ញុំក៏នឹងត្រូវស្នើសុំឲ្យពង្រីកការទទួលស្គាល់ និងការយល់ព្រមរបស់ខ្លួនតាមសេចក្តី ថ្លែងការណ៍ដូចតទៅ ៖

សិទ្ធិក្នុងការធ្វើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន - ខ្ញុំបានទទួលនូវព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីសិទ្ធិរបស់ខ្ញុំក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តព្យាបាល និងក្នុងការ ធ្វើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន (ក្នុងរូបភាពជាបណ្តាំអនុវត្តការព្យាបាល ឬលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិបិទសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព)។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា វាជាការទទួល ខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងការផ្តល់ឲ្យក្រុមថែទាំព្យាបាលរបស់ខ្ញុំនូវសេចក្តីចម្លងនៃសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនមួយច្បាប់ ហើយបើខ្ញុំមិនបានធ្វើដូច្នោះទេ មានន័យថា សេចក្តីប្រាថ្នារបស់ខ្ញុំមិនបានដឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំទេ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថាសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានទុកដាក់យ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ន និង សម្ងាត់ត្រឹមត្រូវ ហើយខ្ញុំយល់ដឹងថាខ្ញុំនឹងទទួលបានការថែទាំព្យាបាលដោយគុណភាពដូចគ្នា ទោះបីជាខ្ញុំមាន ឬគ្មានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនក៏ដោយ។

ទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួន-ខ្ញុំយល់ដឹងថាLifespan មិនអាចទទួលខុសត្រូវចំពោះទ្រព្យសម្បត្តិផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំឡើយ។ ខ្ញុំបានទុកវត្តមានតម្លៃរបស់ខ្ញុំនៅផ្ទះ ឬខ្ញុំនឹងព្រមទទួលរងនូវហានិភ័យនៃការបាត់បង់សិទ្ធិជាខ្ញុំបានយកវត្ថុទាំងនោះតាមខ្លួនមកកាន់មន្ទីរពេទ្យ/សាខា Lifespan។

ឧបករណ៍អេឡិចត្រូនិចផ្ទាល់ខ្លួន - ខ្ញុំយល់ដឹងថា ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍អេឡិចត្រូនិចផ្ទាល់ខ្លួនដោយអ្នកជំងឺ និង/ឬ ភ្ញៀវ ក្នុងគោលបំណងថត និង/ឬ បញ្ជូន រូបថត វីដេអូ ឬសំឡេង របស់អ្នកជំងឺ បុគ្គលិកព្យាបាល ឬនិយោជិតមន្ទីរពេទ្យ គឺត្រូវបានហាមឃាត់។

ការទទួលស្គាល់អំពីការប្រើប្រាស់កាំមេរ៉ាសុវត្ថិភាពផ្តល់ជំនើង - ខ្ញុំយល់ដឹងថា កាំមេរ៉ាសុវត្ថិភាពត្រូវបានដាក់នៅទីសាធារណៈមួយចំនួននៃមន្ទីរពេទ្យ ដែលរួមទាំងនៅកន្លែងអ្នកជំងឺខ្លះៗផងដែរ។

សេចក្តីចម្លងនេះសម្រាប់ផ្តល់ជាព័ត៌មានដល់លោកអ្នកប៉ុណ្ណោះ
ច្បាប់ដើមដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលក្ខណៈអេឡិចត្រូនិចត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងឯកសារព្យាបាលរបស់លោកអ្នកហើយ។