امتناع از درمان

Refusal of Care: Farsi

نام _____ تاریخ تولد _____

دربارهٔ عفونت پنهان سل (LTBI) و بیماری سل (TB) به من آگاهی داده شده است.

درک می‌کنم که چرا باید:

☐ برای بیماری سل TB معاینه شوم.

☐ برای درمان LTBI دارو مصرف کنم.

☐ سایر موارد _____

تصمیم گرفته‌ام که درمانهای پیشنهادی را ادامه ندهم. به من گفته شده است که نشانه‌ها و علائم بیماری سل فعال عبارتنداز تب، عرق شب هنگام، سرفه که بیش از سه هفته طول بکشد، سرفهٔ خونی، درد قفسهٔ سینه، خستگی و کاهش بی دلیل وزن. من مطلع هستم که اگر نشانه‌ها و علائم بیماری سل فعال در من پیدا شود، لازم است بلافاصله درمان را آغاز کنم. من درک می‌کنم که بیماری TB نوعی بیماری عفونی است که ممکن است به دیگران سرایت کند و اگر برای درمان اقدام نکنم و دیگران را در معرض خطر بیماری یا عفونت قرار دهم، ممکن است اقدامات قانونی علیه من صورت گیرد.

بنابراین مسئولیت پیشرفت احتمالی بیماری سل در آینده را که درصورت رعایت پیشنهادات فوق جلوی آن گرفته می‌شود، شخصا بر عهده می‌گیرم.

_____ (درمان‌جو) _____ (تاریخ)

_____ (نمایندهٔ ادارهٔ بهداشت/سمت) _____ (تاریخ)

_____ (شاهد/مترجم) _____ (تاریخ)