उपचार अस्विकार

Refusal of Care: Nepali

नाम _____ जन्म मिति _____

मलाई सुषुप्त क्षयरोग संक्रमण(एलटीबीआई) तथा क्षयरोग (टिबी) को बारेमा जानकारी गराइएको छ ।

मैले निम्न कुराहरु किन गर्नुपर्छ भन्ने मलाई थाहा छः

- ☐ टिबी भए नभएको परिक्षण
- ☐ सुषुप्त क्षयरोग संक्रमण उपचारकालागि औषधी सेवन
- ☐ अन्य _____

मैले स्वास्थ्य उपचारका लागि दिइएका सुझावहरु पालना नगर्ने निर्णय गरेको छु । ज्वरो आउनु, रातमा पसिना आउनु, तीन हप्ता भन्दा बढी समयसम्म खोकी लाग्नु, छाती दुख्नु, खकारमा रगत देखिनु, थकान तथा शारिरिक तौलमा कमी आउनु क्षयरोगका लक्षणहरु हुन् भन्ने मलाई जानकारी गराइएको छ । क्षयरोगका कुनै पनि लक्षणहरु देखिएमा तुरुन्तै स्वास्थ्य उपचार गराउनुपर्छ भन्ने मलाई थाहा छ । क्षयरोग सरुवा रोग हो र यो अन्य ब्यक्तिमा सर्न सक्छ साथै मैले आफ्नो स्वास्थ्यउपचार नगरी अरुहरु बिरामी पर्न सक्ने वा संक्रमित हुन सक्ने जोखिम सिर्जना गरेकोमा कानूनी कारवाही समेत हुन सक्छ भन्ने मलाई जानकारी छ ।

म, त्यसकारण, यदि उपचारका लागि दिइएका उपरोक्त सुझावहरु पालना गरेको भए <u>भविष्यमा देखा पर्न सक्ने क्षयरोगको संभावना</u> जुन <u>रोकथाम गर्न सकिने</u> थिए, त्यसको लागि ब्यक्तिगत जिम्मेवारी लिन राजी छु ।

_____ _____
(सेवाग्राही) (मिति)

_____ _____
(सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिनिधी/पद) (मिति)

_____ _____
(साक्षी/भाषा सहयोगी) (मिति)