رضایت‌نامه و طرح درمانی
عفونت پنهان سل (LTBI)
Consent to Treatment and Treatment Plan – LTBI: Farsi

اینجانب _____، توسط
(نام درمان‌جو)

_____ مشاوره شده‌ام و به من گفته شده است که طبق اطلاعات
(نمایندهٔ ادارهٔ بهداشت/سمت)

موجود عفونت پنهان سل (LTBI) دارم/ممکن است داشته باشم. موارد زیر برای من شرح داده شده است:

1. داشتن LTBI به این معناست که میکروبهای سل (*M. tuberculois.*) در بدن من عفونت ایجاد کرده‌اند. سیستم ایمنی بدن من نتوانسته جلوی این میکروبها را بگیرد و آنها از حالت ساکن خارج شده‌اند. هیچیک از علائم سل را ندارم و میکروب آن از من به سایرین سرایت نمی‌کند.

2. می‌دانم که بدون انجام درمان ممکن است به بیماری سل فعال مبتلا شوم و علائم آن مانند سرفه، تب، عرق شب هنگام، کاهش وزن یا خستگی مفرط در من پیدا شود. اگر هرکدام از این علائم در من ظاهر شود، فورا با ادارهٔ بهداشت به شمارهٔ _____ تماس خواهم گرفت.

3. من رابطهٔ میان سل و ایدز را می‌دانم و بنابراین موافق هستم که برای HIV مورد آزمایش قرار گیرم.

4. من موافقم که این طرح درمانی را انجام دهم. موافقم که برای معاینات پزشکی و دریافت مجدد قرصهایم مطابق دستور به ادارهٔ بهداشت مراجعه کنم و در دورهٔ درمانم با دست اندرکاران همکاری کنم. اگر نتوانم سر قراری حاضر شوم، بلافاصله با ادارهٔ بهداشت تماس می‌گیرم و قرار دیگری در طی 7 روز معین می‌کنم.

5. من موافقم که در طول دورهٔ درمانم داروهای TB خود را طبق دستور مصرف کنم. اگر به هر دلیلی قادر نباشم داروهایم را مصرف کنم، ادارهٔ بهداشت را مطلع خواهم کرد.

6. عوارض جانبی داروهایی که مصرف می‌کنم برایم توضیح داده شده است. من موافقت می‌کنم که در صورتی که هریک از این عوارض در من پیدا شد، بلافاصله با ادارهٔ بهداشت به شمارهٔ _____ تماس بگیرم.

7. من موافقم که در صورت تغییر مکان یا تغییر شمارهٔ تلفن خود، به ادارهٔ بهداشت اطلاع دهم. موافقم که به ادارهٔ بهداشت آدرس و شمارهٔ تلفن خود را بدهم تا در صورت نیاز بتوانند به من دسترسی داشته باشند.

8. طرح درمانی را به من توضیح داده‌اند و به تمامی سوالات من پاسخ داده‌اند. یک نسخه از این طرح درمانی را دارم.

_____ (امضاء درمان‌جو) _____ (تاریخ)

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

_____ (امضاء مترجم/شاهد) _____ (تاریخ)

برچسب شناسهٔ درمان‌جو یا تکمیل مشخصات:

نام _____
نشانی _____
_____
شهر، ایالت، کدپستی _____
تلفن _____
شناسه درمان‌جو _____