मञ्जुरीनामा तथा उपचार योजना

सुषुप्त क्षयरोग संक्रमण (एलटीबीआई)

Consent to Treatment and Treatment Plan – LTBI: Nepali

म, _____, _____

(सेवाग्राहीको नाम) (सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिनिधी/पद)

बाट परामर्ष तथा सल्लाह लिएपछि, उपलब्ध जानकारीको आधारमा, मलाई सुषुप्त क्षयरोग संक्रमण (एलटीबीआई) भएको (हुनसक्छ /छ) । निम्न कुराहरु मलाई राम्रोसंग जानकारी गराईएको छः

1. एलटीबीआई को अर्थ म क्षयरोगको जीवाणु *M. tuberculosis* बाट संक्रमित छु भन्ने बुझिन्छ । मेरो रोग प्रतिरोधात्मक प्रणालीले जीवाणुहरुलाई निष्कृय (सुषुप्त) अवस्थामा राखेको छ । ममा कुनै लक्षण देखिएको छैन र मबाट अन्य ब्यक्तिहरुमा जीवाणुहरु सर्दैनन् ।
2. यदि उपचार गरिएन भने, म सक्रिय क्षयरोगबाट संक्रमित हुने संभावना रहन्छ र खोकी, ज्वरो, रातमा पसिना, तौल कम हुनु तथा अत्याधिक थकान जस्ता लक्षणहरु देखिन सक्छ भन्ने मलाई थाहा छ । यदि यी मध्ये कुनैपनि लक्षणहरु देखिएमा, स्वास्थ्य विभागलाई तत्कालै फोन नं _____मा संपर्क गर्नेछु ।
3. मलाई क्षयरोग तथा एचआइभीको संबन्धको बारेमा जानकारी छ र त्यसकारण एचआइभी परिक्षणको लागि मेरो मञ्जुरी छ ।
4. यो उपचार योजना पालना गर्न म सहमत छु । मेरो उपचारको लागि निर्देशन गरिएबमोजिम स्वास्थ्य मुल्याङ्कन तथा औषधीका लागि स्वास्थ्य विभाग आउन मलाई मञ्जुर छ । यदि पूर्वनिर्धारित समयमा उपस्थित हुन नसकेमा, मैले स्वास्थ्य विभागमा फोन गरेर ७ दिनभित्रमा अर्को अपोइन्टमेन्ट तय गर्नेछु ।
5. पुरै उपचार अवधिमा निर्देशन गरिए बमोजिम नै मैले क्षयरोगको औषधी सेवन गर्नेछु । कुनै कारणले औषधी सेवन गर्न नसकेमा मैले स्वास्थ्य विभागलाई जानकारी गराउनेछु ।
6. मैले सेवन गरिरहेका औषधीहरुको साइड इफेक्टहरुको बारेमा मलाई जानकारी गराइएको छ । सो मध्ये कुनै पनि साइड इफेक्ट देखिएमा तत्कालै स्वास्थ्य विभागको फोन _____ मा संपर्क गर्नेछु ।
7. मेरो ठेगाना वा फोन नंबर परिवर्तन भएमा स्वास्थ्य विभागलाई जानकारी गराउनेछु । मसम्म कसरी पुग्ने भनी स्वास्थ्य विभागलाई भेटेरै तथा टेलिफोनबाट जानकारी गराउनेछु ।
8. मलाई उपचार योजनाबारे विस्तृत रुपमा जानकारी गराइएको छ र मेरा सबै प्रश्नहरुको जवाफ दिइएको छ । मैले यो योजनाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु ।

_____ _____

(सेवाग्राहीको हस्ताक्षर) (मिति)

_____ _____

(सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिनिधी/पद) (मिति)

_____ _____

(साक्षी/भाषा सहयोगी) (मिति)

बिरामीको लेबल टाँस्नुहोस् वा पुरा गर्नुहोस्:

नाम _____

ठेगाना_____

_____

नगर, राज्य, जिपकोड _____

फोन _____

बिरामी संकेत # _____