प्रत्यक्ष निगरानी उपचार (डट)

क्षयरोग उपचार संबन्धि संझौता

Directly Observed Therapy (DOT) Agreement for Tuberculosis (TB) Treatment: Nepali

नाम _____ जन्म मिति _____ घरको फोन: _____

ठेगाना _____ कार्यालयको फोन: _____

नगर _____ जिपकोड _____ मोबाइल फोन: _____

आपतकालिन संपर्क ब्यक्ति _____ फोन: _____

स्वास्थ्य विभागः _____

म, _____ लाई अवगत छ साथै मञ्जुर छ
(सेवाग्राहीको नाम)

1. स्वस्थ हुने एकमात्र उपाय भनेको मेरो नर्स वा डाक्टरले मलाई भने अनुसार नै क्षयरोगको औषधी सेवन गर्नु हो । यदि मैले यी विधिहरु नअपनाउने हो भने, मेरो रोग पहिले भन्दा घातक रुपमा फेरी फर्कन पनि सक्छ । त्यसो भएमा उपचार कठिन हुन सक्छ, उपचारमा बढी समय समय लाग्न सक्छ र अरुलाई सर्न पनि सक्छ ।
2. म क्षयरोगको जिवाणुबाट छुटकारा पाउनको लागि विभिन्न औषधिहरु लामो समयसम्म (छ महिना वा बढी) सेवन गर्नेछु ।
3. मलाई औषधी सेवन गर्न संझाउने तथा मैले उपचार पुरा गरी स्वस्थ भएको सुनिष्चित गर्ने सुपरिवेक्षित डट कार्यक्रमसंग म सहकार्य गर्नेछु । यस कार्यक्रममा, मेरो औषधोपचारलाई ब्यवस्थित गर्न र मैले क्षयरोगको औषधी सेवन गर्दा मसंगै रहने गरी एकजना सार्वजनिक स्वास्थ्य कर्मचारी वा एक तालिमप्राप्त डट कार्यकर्तालाई मेरो सहयोगीको रुपमा खटाइने छ ।
4. मेरो डट अपोइन्टमेन्टको लागि म: _____ घरमा _____ काममा _____ क्लिनिक/एलएचडी _____ अन्य स्थानमा (खुलाउनुहोस्) _____समय_____ तथा _____ को बीचमा उपस्थित हुनेछु ।
5. यदि तोकिएको स्थान र समयमा म उपस्थित हुन नसकेमा, मैले _____लाई फोन नं_____मा अपोइन्टमेन्ट परिवर्तन गर्नको लागि संपर्क गर्नेछु ।
6. यदि अपोइन्टमेन्ट परिवर्तन गर्नको लागि मैले समयमै खबर नगरेमा, म _____ मा _____ समयको बीचमा डट अपोइन्टमेन्टको लागि जानु पर्ने मलाई थाहा छ ।
7. कुनै समस्या भएमा म मेरो डट कार्यकर्तालाई जानकारी गराउनेछु । मलाई _____ मा डाक्टर वा नर्सलाई भेट्न भनिन सक्छ तथा/वा मेरो उपचारको समयमा परिक्षणहरुको लागि भनिन सक्छ ।
8. मलाई थाहा छ, यदि मैले पूर्वनिर्धारित अपोइन्टमेन्टमा अनुपस्थित भएमा वा औषधी सेवन नगरेमा, कानूनी कारवाही पनि हुनसक्छ ।

म, _____ लाई अवगत छ साथै मञ्जुर छ
(स्वास्थ्य विभाग/केश म्यानेजरको नाम)

1. यदि तोकिएको स्थान र समयमा म उपस्थित हुन नसकेमा, मैले _____लाई फोन नं_____मा अपोइन्टमेन्ट परिवर्तन गर्नको लागि संपर्क गर्नेछु ।
2. मैले सेवाग्राहीको स्वास्थ्य विवरण गोप्य राख्ने छु ।
3. मैले सेवाग्राहीका प्रश्नहरु तथा सरोकारहरुको जवाफ दिनेछु । मैले आवस्यक भए अनुसारका अन्य सेवाप्रदायकहरुसंग संपर्क गर्न सेवाग्राहीलाई सहयोग गर्नेछु ।
4. कुनै पनि कुरा असामान्य भएमा म डाक्टर वा नर्सलाई तत्कालै खबर गर्नेछु । आवस्यकता अनुसारका रिपोर्टहरु उपलब्ध गराउनेछु ।

_____	_____	_____
सेवाग्राही	नर्स	डट उपलब्ध गराउने