सक्रिय क्षयरोग (टिबी) उपचार योजना

Active Tuberculosis (TB) Treatment Plan: Nepali

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले आवश्यक निर्देशनहरुमा ध्यान पुऱ्याउनेछन् । सेवाग्राहीले चिनो लगाइएका निर्देशनहरुको पालना गर्नेछन् ।

❑ **मलाई क्षयरोग लागेको (हुनसक्छ / छ) तथा मैले लामो समयसम्म टिबीको औषधी सेवन गर्नुपर्दछ भन्ने मलाई थाहा छ । यदि मेरो स्वास्थ्य अवस्थामा परिवर्तन भएमा मैले सुरुमा भनिएकोभन्दा लामो समयसम्म औषधी सेवन गर्नुपर्ने पनि हुनसक्छ** _____

- ☐ निर्देशन भए अनुसार औषधी सेवन गर्न मलाई मञ्जुर छ । कुनै कारणले औषधी सेवन गर्न नसकेमा मैले स्वास्थ्य विभागमा फोन गर्नेछु । प्रत्यक्ष निगरानी उपचार (डट)को बारेमा मलाई जानकारी गराइएको छ र मैले डट संझौतामा हस्ताक्षर गरेको छु _____
- ☐ औषधीको साइड इफेक्टको बारेमा मलाई जानकारी गराइएको छ र ममा कुनै साइड इफेक्ट देखिएमा तत्कालै फोन नं _____मा स्वास्थ्य विभागमा संपर्क गर्नेछु _____
- ☐ सबै चिकित्सकीय अपोइन्टमेन्टहरुमा म उपस्थित हुनेछु । यदि म कुनै अपोइन्टमेन्टमा उपस्थित हुन नसकेमा, मैले स्वास्थ्य विभागमा फोन गरी आउँदो ७ दिन भित्रमा अर्को अपोइन्टमेन्टको लागि समय लिनेछु _____
- ☐ अनुरोध गरिएअनुसार मैले खकार, पिसाब वा रगतको नमुना उपलब्ध गराउन मलाई मञ्जुर छ _____
- ☐ मेरो स्वास्थ्यमा भएको कुनै पनि परिवर्तनको बारेमा स्वास्थ्य विभागलाई जानकारी गराउनेछु _____
- ☐ मेरो ठेगाना वा फोन नंबर परिवर्तन भएमा स्वास्थ्य विभागलाई जानकारी गराउनेछु । मसम्म कसरी पुग्ने भनी स्वास्थ्य विभागलाई भेटेरै तथा टेलिफोनबाट जानकारी गराउनेछु _____

❑ **म संक्रमित छु र अन्य ब्यक्तिहरुलाई मबाट रोग सर्न सक्दछ** _____

- ☐ म अलग्गै घरमै बस्नेछु । संभव भएसम्म, म मेरो कोठामै रही परिवारका अन्य सदस्यहरुसंग टाढै बस्नेछु वा कोठाबाट बाहिर निस्कँदा सर्जिकल मास्क लगाएर निस्कनेछु । सकेसम्म अलग्गै सुत्नेकोठा वा ओछ्यानको लागि सल्लाह दिइएको छ भनी मलाई थाहा छ _____
- ☐ खोक्दा वा हाछ्युँ गर्दा मैले मेरो नाक र मुख टिस्युले छोप्नेछु । यस्ता टिस्युहरु विसर्जन गर्नुपूर्व फ्लस गरिनेछन्, जलाइनेछन् वा हावा नछिर्ने थैलिमा राखिनेछन् _____
- ☐ मेरा कृयाकलापहरु सिमित मात्र हुनेछन् भन्ने मलाई थाहा छ । म यात्रा गर्नेछैन, काममा, विद्यालय, बजार जानेछैन वा अन्य ब्यक्तिहरुसंग संपर्कमा आउने कुनैपनि ठाउँको कुनैपनि कृयाकलापमा सहभागी हुनेछैन _____
- ☐ स्वास्थ्य संबन्धी अपोइन्टमेन्टहरु बाहेक अन्य अवस्थाहरुमा म घरबाट टाढा जानेछैन । क्लिनिक तथा डाक्टरको कार्यालयहरुमा हुँदा क्लिनिकल मास्क प्रयोग गर्नेछु _____
- ☐ मसंगै बस्नेबाहेक कुनै पनि ब्यक्ति, वा मलाई हेरचाह गरिरहेका बाहेक अन्यलाई, मेरो घरमा आउन दिनेछैन र बालबालिकाहरुबाट टाढै रहनेछु _____
- ☐ मलाई स्वास्थ्य विभागले अलग्गै बस्नुपर्ने छैन भनी जानकारी नगराएसम्म म अलग्गै बस्नेछु र यी नियमहरुलाई पालना गर्नेछु _____
- ☐ मबाट संक्रमण हुन सक्नेछैन भनिए पछि पनि मेरो स्वास्थ्य अवस्थामा परिवर्तन भएमा अलग्गै बस्नुपर्ने नियमहरु फेरि पालना गर्नुपर्ने हुनसक्छ भन्ने मलाई थाहा छ _____
- ☐ यो रोग मेरो परिवार, मित्रहरु वा सहकर्मीहरुलाई नदेखियोस् भनी म गएका ठाउँहरु तथा भेटेका ब्यक्तिहरुको बारेमा जानकारी गराएर सहयोग गर्न म सहमत छु _____

❑ **मैले मेरो उपचार पुरा गर्नुपर्ने कारण मलाई थाहा छ र यदि मैले उपचार योजनालाई पालना नगरेमा म उपर कानूनी कारवाही हुनसक्छ भन्ने मलाई अवगत छ** _____

मैले यो उपचार योजनाको एक प्रति प्राप्त गरेको छु । मलाई यसबारे विस्तृत रुपमा जानकारी गराइएको छ र मेरा सबै प्रश्नहरुको जवाफ दिइएको छ । मलाई यो उपचार योजनाका नियमहरु पालना गर्न मञ्जुर छ ।

सेवाग्राहीको हस्ताक्षर_____ मिति _____

सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिनिधिको हस्ताक्षर_____ मिति _____