

ခွင့်ပြုချက်နှင့် ကုသမှုအစီအစဉ် မြို့နေသောတီဘီရောဂါကူးစက်ခြင်း (LTBI) Consent and Treatment Plan - Latent Tuberculosis Infection (LTBI) : Burmese

ကျွန်တော် _____ ကို _____
(လူနာအမည်) (ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးကိုယ်စားလှယ်/ ရာထူး)

မှရရှိထားသောအချက်အလက်များအရကျွန်တော့်တွင်မြို့နေသောတီဘီရောဂါ(ရှိနေနိုင်သည်/ ရှိနေသည်)ဟုပြောကြားပြီးနှစ်သိမ့်အကြံပေးဆွေးနွေးမှုပြုလုပ်ခဲ့ပါသည်။အောက်ပါတို့ကိုကျွန်တော့်အားရှင်းပြခဲ့ပါသည်။

1. LTBIဆိုသည်မှာ M.tuberculosis တီဘီရောဂါပိုးကျွန်တော့်ကို ကူးစက်ထားခြင်းဖြစ်သည်။ကျွန်တော်၏ရောဂါကာကွယ်ရေးစနစ်မှရောဂါပိုးကိုမြို့သွားအောင်ကာရံပိတ်ဆို့ထားခြင်းဖြစ်သည်။ကျွန်တော့်တွင်မည်သည့်ရောဂါလက္ခဏာမျှပြသခြင်းမရှိပါ။အခြားသူများကိုလည်းမကူးစက်စေနိုင်ပါ။
2. ကုသမှုမခံယူလျှင်တီဘီရောဂါဖြစ်ပွားပြီးနာမကျန်းဖြစ်ကာချောင်းဆိုးခြင်း၊ညဖက်ချွေးထွက်ခြင်းကိုယ်အလေးချိန်ကျခြင်းသို့မဟုတ်အလွန်အမင်းမောပန်းလွယ်ခြင်းစသည့်လက္ခဏာများပေါ်ပေါက်လာနိုင်သည်။ဤလက္ခဏာများမှတစ်ဆင့်ရရှိသောလွှဲကျွန်းမာရေးဌာနသို့ ဖုံးနံပါတ် _____ မှတဆင့်ချက်ခြင်းဆက်သွယ်အကြောင်းကြားရန် သဘောတူပါသည်။
3. ဤကုသမှုအစီအစဉ်အတိုင်းလိုက်နာရန်သဘောတူပါသည်။ကျန်းမာရေးဌာနသို့ ဆေးစစ်ခြင်းခံယူရန်နှင့်ဆေးဝါးများကိုညွှန်ကြားသည့်အတိုင်းဖြည့်တင်းရန်နှင့်ကျွန်တော့်အားကုသမှုအစီအစဉ်တွင်ပူးပေါင်းပါဝင်ရန်သဘောတူပါသည်။ချိန်းဆိုထားသည့်အတိုင်းမလာရောက်နိုင်ခဲ့လျှင်ကျန်းမာရေးဌာနသို့ ချက်ခြင်းအကြောင်းကြားမည်ဖြစ်ပြီးတစ်ပါတ်အတွင်း လာရောက်ရန် ချိန်းဆိုမှုအသစ်ထပ်မံပြုလုပ်ပါမည်။
4. ကုသမှုခံယူစဉ်ကာလတလျှောက်တွင်ညွှန်ကြားထားသောတီဘီရောဂါကုဆေးဝါးများအားသောက်သုံးရမည်ကိုသဘောတူပါသည်။အကြောင်းတစ်စုံတစ်ခုကြောင့်ပျက်ကွက်ခဲ့လျှင်ကျန်းမာရေးဌာနသို့ အကြောင်းကြားပါမည်။
5. ကျွန်တော်သုံးစွဲရမည့်ဆေးဝါးများ၏ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများကိုရှင်းလင်းပြောကြားပြီးဖြစ်ပါသည်။ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးတစ်ခုခုပေါ်ပေါက်လာပါက ကျန်းမာရေးဌာနသို့ ဖုံးနံပါတ် _____ မှတဆင့်ချက်ခြင်းဆက်သွယ် အကြောင်းကြားပါမည်။
6. နေရပ်ပြောင်းရွှေ့ခဲ့လျှင်သို့ မဟုတ်ဖုံးနံပါတ်ပြောင်းလဲခဲ့လျှင်ကျန်းမာရေးဌာနသို့ အကြောင်းကြားရန်သဘောတူပါသည်။ကျွန်တော့်ကိုလူကိုတိုင်သော်လည်းကောင်း၊ဖုံးဖြင့်သော်လည်းကောင်းမည်သို့ ဆက်သွယ်နိုင်သည်ကိုကျန်းမာရေးဌာနသို့ ပြောကြားရန် သဘောတူပါသည်။
7. ကျွန်တော့်အားကုသမည့်အစီအစဉ်အားရှင်းလင်းပြောကြားထားပြီးဖြစ်ပါသည်။ကျွန်တော်၏ မေးခွန်းများအားလုံးကိုဖြေကြားခံ ခံပြီးဖြစ်ပါသည်။ ဤအစီအစဉ်မိတ္တူတစ်စောင် ကျွန်တော့်မှာရှိပါသည်။

_____	_____
(လူနာလက်မှတ်)	(ရက်စွဲ)
_____	_____
(ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးကိုယ်စားလှယ်/ ရာထူး)	(ရက်စွဲ)
_____	_____
(သက်သေ/ဘာသာပြန်သူလက်မှတ်)	(ရက်စွဲ)

လူနာအမည်ရှေ့ကတပ်ပါသို့ မဟုတ်ပြည့် ငါ့စွဲစွာဖြည့်ပါ

အမည် _____
 နေရပ်လိပ်စာ _____
 မြို့ပြည်နယ်၊သင်္ကေတ _____
 ဖုံး _____
 လူနာအမှတ်# _____