

ကုသရန်ခွင့်ပြုချက်

တီဘီရောဂါဖြစ်ပွားနေမှု/ သံသယရှိမှု

Consent to Treatment - Active TB Case/Suspect : Burmese

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

မှရရှိထားသောအချက်အလက်များအရကျွန်တော့်တွင်တီဘီရောဂါ(ရှိနေနိုင်သည်/ ရှိနေသည်)ဟုပြောကြားခဲ့ပါသည်။အောက်ပါတို့ကိုကျွန်တော့်အားရှင်းပြခဲ့ပါသည်။

1. တီဘီရောဂါသည်ကူးစက်ရောဂါဖြစ်ပြီးအခြားသူများသို့ပြန့်နှံ့ကူးစက်နိုင်ပါသည်။ကျွန်တော့်ထံမှအခြားသူများသို့မကူးစက်နိုင်တော့သည့်ကာလအထိအခြားသူများနှင့်ဝေးရာမှာနေထိုင်ရမည်ကိုသိရှိပါသည်။ ကုသမှုမခံယူသော တီဘီရောဂါသည် ဆေးမတိုးသောအဖြစ်သို့ရောက်ရှိသွားနိုင်သည်သို့မဟုတ်အသက်အန္တယ်ဆုံးရှုံးစေသည်နိုင်သည်ကိုသိရှိပါသည်။ကျွန်တော်ပြန်လည်ကျန်းမာလာစေရန်တီဘီကုသဆေးကိုလပေါင်း များစွာ သောက်ဖို့လိုပါသည်။
2. တီဘီရောဂါကိုကုသမှုခံယူရန်နှင့်ကျွန်ုပ်၏မိသားစု၊မိတ်ဆွေများ သို့မဟုတ် လုပ်ဖော်ကိုင်ဖက်များကိုကူးစက်ခြင်းမှကာကွယ်တားဆီးရန်အတွက်ထိတွေ့မှု စုံစမ်းစစ်ဆေးရာတွင်ကူညီရန်သဘောတူပါသည်။
3. ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူနှင့်ကျန်းမာရေးဌာနမှ ပေးထားသောကုသမှုအစီအစဉ်အတိုင်းလိုက်နာရန်သဘောတူပါသည်။
4. အကယ်၍မလိုက်နာခဲ့လျှင်ကျွန်ုပ်ကို ဥပဒေအရအရေးယူခံရနိုင်ပါသည်။
5. ကျွန်ုပ်ကိုဆေးကုသမည့်အစီအစဉ်မိတ္တူတစ်စောင်ကျွန်တော့်တွင်ရှိပါသည်။ကျွန်တော်မေးခွန်းများကိုဖြေကြားပြီးဖြစ်ပါသည်။

_____ (လူနာလက်မှတ်)

_____ (ရက်စွဲ)

_____ (ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးကိုယ်စားလှယ်/ ရာထူး)

_____ (ရက်စွဲ)

_____ (သက်သေ/ဘာသာပြန်သူလက်မှတ်)

_____ (ရက်စွဲ)

လူနာအမည်ရှေ့ကတပ်ပါသို့မဟုတ်ပြည့်စုံစွာဖြည့်ပါ

အမည် _____
 နေရပ်လိပ်စာ _____

မြို့ပြည်နယ်၊သင်္ကေတ _____
 ဖုံး _____
 လူနာအမှတ်# _____