

တိုက်ရိုက်ကြည့်ရှုကုထုံး (DOT) တီဘီ (TB) ရောဂါကုသရေးသဘောတူညီချက်

Directly Observed Therapy (DOT) Agreement for Tuberculosis (TB) Treatment - Burmese

အမည် _____ မွေးနေ့ _____ အိမ်ဖုံး _____
 လိပ်စာ _____ အလုပ်ဖုံး _____
 မြို့ _____ စာပို့သင်္ကေတ _____ လက်ကိုင်ဖုံး _____
 ကျန်းမာရေးဌာန _____

သူနာပြုသို့ မဟုတ်ဆရာဝန်ပြောကြားသည့်အတိုင်းတိတိကျကျဆေးသောက်သုံးခြင်းဖြင့်သာတီဘီရောဂါကုသပျောက်ကင်းနိုင်သည်ကို ကျွန်တော်သိရှိထားပါသည်။ တီဘီရောဂါပိုးကို နှိမ်နင်းရန် အတွက်များပြားသောဆေးဝါးများကိုကာလကြာရှည်စွာ (၆လနှင့်အထက်) သောက်သုံးရပါမည်။ အဆိုပါညွှန်ကြားချက်များကိုမလိုက်နာပါက ကျွန်တော်၏ရောဂါမှာ ယခင်ကထက်ပိုမိုဆိုးဝါးစွာပြန်လည် ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ပါသည်။ ထိုအခါကုသရန်ပိုမိုခက်ခဲလာပြီး ကုသချိန်ပိုမိုလိုအပ်လာမည်ဖြစ်ပြီး အခြားသူများကိုရောဂါကူးစက်ပျံ့နှံ့နိုင်ပါသည်။ ကျွန်တော့်ကိုဆေးတိုက်ကျွေးရာတွင် ကူညီသတိပေးရန်နှင့် ကုသမှုပြီးဆုံးကာပြန်လည်ကောင်းမွန်လာစေရန် ကြိုးကြပ်ကွပ်ကဲမှုအောက်ရှိတိုက်ရိုက်ကြည့်ရှုကုထုံးအစီအစဉ်တွင် ပူးပေါင်းဆောင်ရွက်ရန် ကျွန်တော်သဘောတူပါသည်။ ဤအစီအစဉ်တွင် ကျွန်တော်တီဘီဆေးသောက်ချိန်၌ သင်တန်းတက်ရောက်ထားပြီးသော ဝန်ထမ်းတစ်ဦးရှိနေမည်ဖြစ်ပြီး ကျွန်တော့်မေးခွန်းများကို ၎င်းမှဖြေကြားပေးမည်။

ကျွန်တော် _____ သည် အောက်ပါတို့ကို သဘောတူပါသည် / (လူနာအမည်)

- ကျွန်တော်သည် _____ အိမ် _____ အလုပ် _____ ဆေးခန်း / LHD _____ အခြား (ဖော်ပြပါ) _____ တွင် _____ နာရီနှင့် _____ နာရီအကြား ခွဲကုသမှုခံယူရန်အတွက် ရှိနေပါမည်။
- သတ်မှတ်ထားသော အချိန်တွင် သတ်မှတ်ထားသောနေရာတွင် မရှိနိုင်ပါက _____ ရှိဖုံးနံပါတ် _____ သို့ ခေါ်ဆိုကာ ကုသရန်လာရောက်တွေ့ဆုံမှုကို ပြောင်းလဲသတ်မှတ်နိုင်ရန် အကြောင်းကြားပါမည်။
- ကုသရန်လာရောက်တွေ့ဆုံမှုကို ပြောင်းလဲသတ်မှတ်နိုင်ရန် အချိန်မှီအကြောင်းကြားနိုင်ခဲ့ပါက _____ သို့ _____ နာရီအကြား ကုသမှုခံယူရန်အတွက် သွားရောက်ရမည်ကို သိရှိပါသည်။
- ကျွန်တော့်တွင် ပြဿနာတစ်ခုခုရှိပါက DOT ဝန်ထမ်းကို ပြောပြထားပါမည်။ ကျွန်တော့်ကို _____ သို့ ဆရာဝန်သို့ မဟုတ် သူနာပြုနှင့် သွားရောက်တွေ့ဆုံရန်သို့ မဟုတ် ကုသနေစဉ်ကာလအတွင်း စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှုများ ပြုလုပ်ဖို့ ရာပြောကြားလာနိုင်ပါသည်။
- ကုသရန်လာရောက်တွေ့ဆုံမှုပျက်ကွက်ခဲ့ပြီး ကုသမှုကို စီစဉ်ထားသည့် အတိုင်း မခံယူခဲ့ပါက ဥပဒေအရ အရေးယူခံရမည်ကို သိရှိပါသည်။

ကျွန်တော် _____ သည် အောက်ပါတို့ကို သဘောတူပါသည်။ (ကျန်းမာရေးဌာနအမည်/မန်နေဂျာ)

- သတ်မှတ်ထားသော အချိန်တွင် သတ်မှတ်ထားသောနေရာတွင် မရှိနိုင်ပါက _____ ရှိဖုံးနံပါတ် _____ သို့ ခေါ်ဆိုကာ ကုသရန် သွားရောက်တွေ့ဆုံမှုကို ပြောင်းလဲသတ်မှတ်နိုင်ရန် အကြောင်းကြားပါမည်။
- လူနာ၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်ထားပါမည်။
- လူနာ၏ စိုးရိမ်ကြောင့် ကျမှုများနှင့် မေးခွန်းများကို ဖြေကြားပေးပါမည်။ လူနာကို အခြားလိုအပ်သော ဌာနများနှင့် ကူညီချိတ်ဆက်ဆောင်ရွက်ပေးမည်။
- လူနာ၏ မည်သည့် ပြဿနာကိုမဆို ဆရာဝန်သို့ မဟုတ် သူနာပြုအား အချိန်မဆိုင်ပဲ အကြောင်းကြားပေးပါမည်။ လိုအပ်သော အစီရင်ခံစာများကို ပြုစုတင်သွင်းပါမည်။