

طرح درمان تحت نظر (DOT)

موافقت‌نامه برای درمان سل (TB)
Directly Observed Therapy (DOT) Agreement for
Tuberculosis (TB) Treatment: Farsi

نام _____ تاریخ تولد _____ تلفن منزل: _____
نشانی _____ تلفن محل کار: _____
شهر _____ کدپستی _____ تلفن همراه: _____
یکی از نزدیکان برای تماس در مواقع اضطراری _____ تلفن: _____
سازمان بهداشت _____

اینجانب _____ درک می‌کنم و موافق هستم که

(نام درمان جو)

1. بهترین روش بهبود یافتن، مصرف داروهای TB من است، درست به همان ترتیبی که پرستار یا پزشک به من می‌گوید. اگر از دستور مصرف پیروی نکنم، ممکن است بیماری‌ام بدتر از پیش شود. این موضوع می‌تواند سبب دشواری بیشتر درمان، طولانی‌تر شدن مدت درمان و سرایت بیماری به دیگران گردد.
2. برای از بین بردن میکروبیهای TB لازم است داروهای مختلفی را به مدت طولانی (6 ماه یا بیشتر) مصرف کنم.
3. من موافق هستم که با دست اندرکاران طرح درمان تحت نظر DOT همکاری کنم تا بتوانند به من کمک کنند و زمان مصرف داروها را به من یادآوری کرده و اطمینان حاصل کنند که درمان خود را کامل می‌کنم و سلامتی خود را باز می‌یابم. در این طرح یکی از کارکنان بهداشت یا کارکنان آموزش دیده طرح DOT مسئول داروهای TB من شده و هنگامی که آنها را مصرف می‌کنم، حضور خواهد داشت.
4. برای مصرف داروهای DOT خود بین ساعات _____ و _____ در _____ منزل، _____ محل کار، _____ کلینیک/اداره بهداشت، _____ سایر موارد (مشخص نمایید) حضور خواهم داشت.
5. اگر نتوانم در زمان و مکان توافق شده حاضر باشم، با _____ شماره _____ تماس می‌گیرم تا قرار را تغییر دهم.
6. می‌دانم که اگر به موقع برای تغییر زمان و مکان ملاقات تماس نگیرم، برای ملاقات DOT بین ساعات _____ باید به _____ مراجعه نمایم.
7. اگر مشکلی داشتم، به مسئول DOT خود می‌گویم. شاید از من خواسته شود که به _____ مراجعه کرده و با پزشک یا پرستار ملاقات کنم و/یا در طی درمان آزمایش بدهم.
8. می‌دانم که اگر به قرار ملاقات خود نرسم یا درمان را طبق برنامه انجام ندهم، ممکن است اقدامات قانونی علیه من صورت بگیرد.

اینجانب _____ درک می‌کنم و موافق هستم که

(اداره بهداشت/مسئول طرح)

1. اگر نتوانم در زمان و مکان توافق شده حاضر باشم، با _____ شماره _____ تماس می‌گیرم تا قرار را تغییر دهم.
2. اطلاعات درمانی فرد درمان‌جو را محرمانه نگاه خواهم داشت.
3. به سوالات و نگرانیهای درمان‌جو پاسخ خواهم داد. در صورت نیاز درمان‌جو را برای دسترسی به سایر خدمات راهنمایی خواهم کرد.
4. بلافاصله هر مورد غیرمعمول را به پزشک یا پرستار اطلاع خواهم داد. در مواقع ضروری گزارش ارسال تسلیم خواهم کرد.

ارائه دهنده طرح DOT

پرستار

درمان‌جو