

उपचारको मञ्जुरीनामा

सक्रिय क्षयरोग लक्षण सहित/संकास्पद

Consent to Treatment Active TB Case/Suspect: Nepali

म, _____, _____
(सेवाग्राहीको नाम) (सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिनिधी/पद)

बाट परामर्श तथा सल्लाह लिएपछि, उपलब्ध जानकारीको आधारमा, मलाई सक्रिय क्षयरोग संक्रमण (टीबी) भएको (हुनसक्छ /छ) । निम्न कुराहरु मलाई राम्रोसंग जानकारी गराईएको छः

1. टीबी एक सरुवा रोग हो र यो अन्य ब्यक्तिहरुमा सर्न सक्छ । म पूर्ण रुपमा स्वस्थ नभएसम्म अन्य मानिसहरुबाट टाढै रहनुपर्छ भन्ने मलाई थाहा छ । उपचार नभएमा टीबी एक औषधिले असर नगर्ने रोगको रुपमा विकास हुनसक्छ वा ज्यानैलिने पनि हुनसक्छ भन्ने मलाई थाहा छ । म स्वस्थ हुन धेरै महिनासम्म मैले औषधी सेवन गर्नुपर्दछ ।
2. म टीबीको उपचार ग्रहण गर्न इच्छुक छु र यो रोग मेरो परिवार, मित्रहरु वा सहकर्मीहरुलाई नदेखियोस् भनी म संपर्क जानकारी उपलब्ध गराएर सहयोग गर्न सहमत छु
3. मलाई क्षयरोग तथा एचआइभीको संबन्धको बारेमा जानकारी छ र त्यसकारण एचआइभी परिक्षणको लागि मेरो मञ्जुरी छ ।
4. मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायक तथा स्वास्थ्य विभागबाट मलाई उपलब्ध गराइएको उपचार योजना पालना गर्न मलाई मञ्जुर छ ।
5. यदि मैले उपचार योजनाको पालना नगरेमा मलाई कानूनी कारवाही पनि हुनसक्छ ।
6. मेरो उपचार योजनाको एक प्रति मैले प्राप्त गरेको छु र मेरा सबै प्रश्नहरुको जवाफ दिइएको छ ।

_____	_____
(सेवाग्राहीको हस्ताक्षर)	(मिति)
_____	_____
(सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रतिनिधी/पद)	(मिति)
_____	_____
(साक्षी/भाषा सहयोगी)	(मिति)

बिरामीको लेबल टाँस्नुहोस् वा पुरा गर्नुहोस्:

नाम _____

ठेगाना _____

नगर, राज्य, जिपकोड _____

फोन _____

बिरामी संकेत # _____