

Kế hoạch Điều trị Bệnh Lao

Active TB Treatment Plan: Vietnamese

Bên điều trị sẽ kiểm tra các hướng dẫn thích hợp. Bên được điều trị sẽ đánh dấu các mục đã được kiểm tra.

- Tôi hiểu rằng tôi (có/ có thể có) mang bệnh lao và cần uống thuốc trong thời gian dài. Tôi có thể sẽ phải uống thuốc lâu hơn như đã định nếu điều kiện lâm sàng thay đổi_____**
- Tôi đồng ý uống thuốc như đã định. Nếu vì lý do nào đó tôi không thể lấy thuốc thì tôi sẽ thông báo cho trung tâm y tế biết. Tôi đã được giải thích về phương pháp điều trị DOT (phương pháp quan sát trực tiếp) và đã đồng ý ký kết_____
 - Tôi đã được giải thích về phản ứng phụ của thuốc và đồng ý sẽ báo ngay cho trung tâm y tế _____ biết ngay nếu như có bất cứ biểu hiện tác dụng phụ nào_____
 - Tôi đồng ý thực hiện các cuộc hẹn điều trị. Nếu tôi không thể đến như đã hẹn, tôi sẽ gọi ngay cho trung tâm y tế và đặt lại lịch hẹn khám bệnh trong vòng 7 ngày_____
 - Tôi đồng ý cung cấp các mẫu nước bọt, nước tiểu hay mẫu máu theo yêu cầu_____
 - Tôi đồng ý sẽ thông báo ngay cho trung tâm y tế nếu có bất cứ thay đổi nào về sức khỏe_____
 - Tôi đồng ý báo cho trung tâm y tế biết nếu tôi có thay đổi số điện thoại liên lạc và chỉ cho trung tâm y tế biết cách gặp mặt tôi trực tiếp hay thông qua điện thoại_____
- Tôi bị nhiễm bệnh và có thể lây sang những người khác_____**
- Tôi sẽ sống cách ly ở nhà và tránh tiếp xúc với những người trong nhà ít đến mức có thể bằng cách ở trong phòng hoặc đeo mặt nạ vào khi ra khỏi phòng. Tôi biết rằng tốt nhất là nên ngủ riêng phòng hoặc riêng giường_____
 - Tôi sẽ dùng khăn giấy che miệng khi ho hoặc hắt hơi. Sau khi dùng, những giấy này sẽ được tiêu hủy, đốt hoặc bỏ vào những giỏ rác chống rách trước khi đem bỏ_____
 - Tôi biết rằng các hoạt động của mình thì giới hạn. Tôi sẽ không đi ra ngoài, đi làm, đi học, đi mua sắm hay tham gia vào các hoạt động ở những nơi có nhiều người_____
 - Tôi đồng ý không ra khỏi nhà trừ trường hợp đi tái khám và sẽ đeo mặt nạ bảo vệ khi đi tái khám_____
 - Tôi sẽ không cho phép ai ngoài những người thân và người chăm sóc vào nhà và chủ động tránh xa trẻ em_____
 - Tôi hiểu rằng tôi vẫn phải sống cách ly đến khi nào cơ quan y tế nói rằng tôi không cần phải sống cách ly nữa_____
 - Nếu như có bất cứ thay đổi lâm sàng nào khác tôi vẫn phải sống cách ly mặc dù tôi đã được xác nhận là không còn khả năng lây nhiễm_____
 - Tôi đồng ý hỗ trợ việc điều tra tiếp xúc thông qua việc cho biết chỗ và những người tôi đã từng tiếp xúc để bảo vệ gia đình, bạn bè và đồng nghiệp của tôi _____
- Tôi hiểu rõ các điều cần phải làm để hoàn tất việc điều trị. Nếu tôi không làm theo kế hoạch điều trị, tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật_____**

Tôi đã nhận được bản sao của kế hoạch điều trị này. Tôi đã được giải thích rõ và các thắc mắc của tôi đã được giải đáp. Tôi đồng ý thực hiện theo kế hoạch điều trị.

Chữ ký của khách hàng _____ Ngày tháng _____

Chữ ký của đại diện Cục Sức khỏe cộng đồng _____ Ngày tháng _____