

Từ chối Chăm sóc

Refusal of Care: Vietnamese

Tên _____ Ngày sinh _____

Tôi đã được thông báo về việc nhiễm Bệnh lao Tiềm ẩn (LTBI) và Bệnh Lao (TB).
Tôi hiểu tại sao tôi phải:

- Được đánh giá về Bệnh Lao (TB)
- Uống thuốc điều trị nhiễm Bệnh lao Tiềm ẩn (LTBI)
- Khác _____

Tôi quyết định rằng tôi không muốn theo những hướng dẫn y tế. Tôi đã được thông báo các biểu hiện và triệu chứng của Bệnh Lao hoạt động đó là sốt, đổ mồ hôi đêm, ho kéo dài hơn 3 tuần, ho khạc ra máu, đau ngực, mệt mỏi và giảm cân không giải thích được. Tôi hiểu rằng nếu tôi nhiễm các biểu hiện và triệu chứng Bệnh Lao, ngay lập tức tôi phải tìm kiếm chăm sóc y tế. Tôi hiểu rằng Bệnh Lao là một bệnh truyền nhiễm có thể lây sang người khác và các biện pháp pháp luật tiếp theo có thể được thi hành nếu tôi không yêu cầu chăm sóc y tế và gây rủi ro bị bệnh hay bị nhiễm cho người khác.

Vì vậy, tôi nhận trách nhiệm cá nhân liên quan đến khả năng nhiễm bệnh lao trong tương lai có thể được ngăn ngừa nếu tôi chấp nhận các hướng dẫn trên.

(Khách hàng)

(Ngày)

(Đại diện Y tế Cộng đồng/Chức vụ)

(Ngày)

(Người làm chứng/Phiên dịch)

(Ngày)