

Phiếu Đồng ý Kế hoạch Điều trị Bệnh lao tiềm ẩn (LTBI) Consent and Treatment Plan LTBI: Vietnamese

Tôi tên _____, theo lời khuyên và hướng dẫn
(Tên khách hàng)

của _____ dựa trên những thông tin sẵn có, tôi (có thể/
(Đại diện Cục y tế/ chức danh)
đã) mang mầm bệnh lao tiềm ẩn trong người. Tôi đã được giải thích như sau:

1. Nhiễm phải bệnh lao tiềm ẩn có nghĩa là tôi đã bị lây nhiễm vi khuẩn bệnh lao *M. tuberculosis*. Hệ miễn dịch của tôi đã ngăn chặn các mầm bệnh hoạt động. Tôi không có dấu hiệu lao và không thể lây nhiễm cho những người khác,
2. Tôi biết rằng việc không điều trị sẽ dẫn đến bệnh lao với các triệu chứng như ho, sốt, đổ mồ hôi về đêm, sút cân hay rất mệt mỏi. Nếu một trong những triệu chứng kể trên xuất hiện, tôi sẽ gọi trung tâm y tế tại _____ ngay lập tức.
3. Tôi đồng ý tuân theo kế hoạch điều trị. Để phối hợp điều trị bệnh, tôi đồng ý đi đến trung tâm y tế để kiểm tra và lấy thuốc theo yêu cầu. Nếu tôi không thể đến đúng hẹn, tôi sẽ gọi trung tâm y tế ngay lập tức và hẹn lại trong vòng 7 ngày.
4. Tôi đồng ý uống thuốc theo yêu cầu đến khi hết hẳn bệnh. Nếu vì lý do nào đó tôi không thể đến lấy thuốc, tôi sẽ thông báo cho trung tâm y tế được biết.
5. Tôi đã được giải thích tác dụng phụ của thuốc. Tôi sẽ gọi cho trung tâm y tế tại _____ ngay lập tức nếu phát hiện bất cứ tác dụng phụ nào.
6. Tôi đồng ý sẽ báo cho trung tâm y tế biết nếu như tôi có đổi số điện thoại và đồng ý chỉ cho trung tâm y tế cách gặp tôi trực tiếp hoặc qua điện thoại.
7. Tôi đã được giải thích kỹ về kế hoạch điều trị bệnh và các thắc mắc của tôi đã được giải đáp. Tôi đã có bản sao của kế hoạch điều trị.

(Chữ ký khách hàng)

(Ngày tháng)

(Đại diện Cục y tế / Chức danh)

(Ngày tháng)

(Chữ ký người làm chứng/ người phiên dịch)

(Ngày tháng)

Dán nhãn bệnh nhân vào hoặc điền vào:

Họ tên _____

Địa chỉ _____

Thành phố, bang, mã vùng _____

Địa chỉ _____

Mã số bệnh nhân _____