

Phiếu Đồng ý Điều trị

Trường hợp Mắc bệnh/Nghi nhiễm Lao

Consent to Treatment Active TB Case/Suspect: Vietnamese

Tôi tên _____, theo lời của _____
(Tên khách hàng)

_____ dựa trên những thông tin sẵn có, tôi (có thể có/ có)
(Đại diện Cục y tế Cộng đồng / Chức danh)

mang bệnh lao và tôi đã được giải thích như sau:

1. Bệnh lao là một loại bệnh truyền nhiễm có thể lây sang người khác. Tôi biết tôi cần phải tránh tiếp xúc với những người khác để tránh lây lan cho họ. Việc không điều trị bệnh có thể dẫn đến lờn thuốc hoặc có nguy cơ tử vong. Để khỏi bệnh, tôi cần phải uống thuốc điều trị trong nhiều tháng.
2. Tôi đồng ý để được điều trị bệnh lao chủ động tránh lây nhiễm cho gia đình, bạn bè và đồng nghiệp của tôi.
3. Tôi đồng ý tuân theo kế hoạch điều trị mà bệnh viện và cơ quan y tế đã đề ra.
4. Nếu tôi không thực hiện theo kế hoạch, tôi sẽ chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.
5. Tôi đã có bản sao của kế hoạch điều trị và mọi thắc mắc của tôi đã được giải đáp.

(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, hoặc điền vào:

Họ tên _____

Địa chỉ _____

Thành phố, Bang, mã vùng _____

Điện thoại _____

Mã số bệnh nhân _____