رضایت‌نامهٔ درمانی
بیمار/مشکوک به بیماری سل فعال
Consent to Treatment Active TB Case/Suspect: Farsi

اینجانب _____، توسط
(نام درمان‌جو)

_____ به من گفته شده است که طبق اطلاعات موجود به بیماری
(نمایندهٔ ادارهٔ بهداشت/سمت)

سل فعال (TB) مبتلا شده‌ام/ممکن است مبتلا شده باشم. موارد زیر برای من شرح داده شده است:

1. بیماری TB یک بیماری عفونی است که ممکن است به دیگران سرایت پیدا کند. من می‌دانم تا زمانی که احتمال سرایت آن از من به سایرین وجود داشته باشد، باید از دیگران دور باشم. می‌دانم که درمان نکردن بیماری سل سبب مقاوم شدن آن در برابر دارو شده که ممکن است کشنده باشد. برای بهبود یافتن لازم است چندین ماه داروهای TB مصرف کنم.
2. موافق هستم که درمان شوم و نام و نشانی خانواده، دوستان یا همکاران خود را در اختیار مسئولین قرار دهم تا از بیمار شدن آنها پیشگیری شود.
3. من رابطهٔ میان سل و ایدز را می‌دانم و بنابراین موافق هستم که برای HIV مورد آزمایش قرار گیرم.
4. من موافقت می‌کنم که طرح درمانی خود را که ارائه دهندهٔ خدمات درمانی من یا ادارهٔ بهداشت به من ارائه کرده است، اجرا کنم.
5. اگر طرح درمانی خود را دنبال نکنم، ممکن است علیه من اقدامات قانونی صورت بگیرد.
6. من یک نسخه از طرح درمانی خود را دارم و به تمامی سوالات من پاسخ داده شده است.

_____ (امضاء درمان‌جو) _____ (تاریخ)

_____ (نمایندهٔ ادارهٔ بهداشت/سمت) _____ (تاریخ)

_____ (امضاء مترجم/شاهد) _____ (تاریخ)

برچسب شناسهٔ درمان‌جو یا تکمیل مشخصات:

نام _____
نشانی _____
_____
شهر، ایالت، کدپستی _____
تلفن _____
شناسه درمان‌جو_____