بیماری سل فعال (TB)
طرح درمانی
Active Tuberculosis (TB) Treatment Plan: Farsi

مرکز درمانی دستورعمل متناسب را بررسی خواهد کرد. درمان‌جو در ابتدا این دستورعملها را مرور خواهد نمود.

❑ **من درک می‌کنم که به بیماری سل فعال مبتلا شده‌ام/ممکن است مبتلا شده باشم و لازم است داروهای مربوط به این بیماری را برای مدتی طولانی مصرف کنم. درصورتی که وضعیت بالینی من تغییر کند ممکن است لازم شود مدت بیشتری دارو مصرف کنم** _____

- ☐ من موافقم که داروهایم را طبق دستور مصرف کنم. اگر به هر دلیلی نتوانم داروهایم را مصرف کنم، با ادارهٔ بهداشت تماس خواهم گرفت. دست اندرکاران طرح درمان تحت نظر ((Directly Observed Therapy (DOT) جزئیات را برایم شرح داده‌اند و موافقت‌نامهٔ DOT را امضاء کرده‌ام _____
- ☐ عوارض جانبی داروها برایم توضیح داده شده است و درصورتی که هرکدام از این عوارض در من پیدا شود، بلافاصله با ادارهٔ بهداشت به شمارهٔ _____ تماس خواهم گرفت _____
- ☐ برای تمام قرارملاقاتهای کلینیک حاضر خواهم شد. درصورتی که نتوانم سر قرار حاضر شوم، با ادارهٔ بهداشت تماس خواهم گرفت تا طی 7 روز بعد قراری معین کنم _____
- ☐ من موافقم که در صورت نیاز نمونهٔ بزاق، ادرار و خون خود را ارائه دهم _____
- ☐ من موافقم که هرگونه تغییر در وضعیت سلامتی خود را به اطلاع ادارهٔ بهداشت برسانم _____
- ☐ من موافقم که در صورت نقل مکان یا تغییر شمارهٔ تلفن خود، به ادارهٔ بهداشت اطلاع دهم. موافقم که به ادارهٔ بهداشت آدرس و شمارهٔ تلفن خود را بدهم تا در صورت نیاز بتوانند به من دسترسی داشته باشند _____

❑ **من مبتلا به یک بیماری عفونی هستم و ممکن است از طریق من این عفونت به سایرین منتقل شود** _____

- ☐ من در منزل ایزوله خواهم ماند. تا جایی که ممکن است، با ماندن در اتاق خود از سایر افراد خانواده دوری خواهم کرد و زمانی که از اتاق بیرون می‌آیم، ماسک جراحی خواهم زد. من درک می‌کنم که داشتن اتاق خواب و تخت خواب جداگانه بسیار ضروری است _____
- ☐ هنگام عطسه و سرفه کردن جلوی دهان و بینی خود را با دستمال کاغذی خواهم گرفت. این دستمالها باید شسته یا سوزانده شده یا پیش از دور ریخته شدن درون یک پاکت ضد نشت دربسته قرار داده شوند _____
- ☐ من درک می‌کنم که فعالیتهای من محدود است. من به مسافرت، سر کار، مدرسه، یا خرید نخواهم رفت و در هیچ نوع فعالیتی که با مردم برخورد داشته باشم، شرکت نخواهم کرد _____
- ☐ من موافقم که منزل را جز برای ملاقاتهای درمانی خود ترک نکنم. موافقم که هنگام رفتن به کلینیک یا مطب دکتر ماسک جراحی بزنم _____
- ☐ من به هیچکس جز افرادی که با من زندگی می‌کنند یا اشخاصی که خدمات درمانی به من ارائه می‌دهند، اجازهٔ ورود به منزل نخواهم داد و از بچه‌های کوچک نیز دوری خواهم کرد _____
- ☐ درک می‌کنم که دستور ایزوله شدن تا زمانی که مسئولین بهداشت به من بگویند که دیگر نیازی به ایزوله شدن من نیست، پا برجاست _____
- ☐ درک می‌کنم که ممکن است پس از اینکه به من گفته شود دیگر بیماری من واگیردار نیست شرایط بالینی من تغییر کند و دوباره نیاز به ایزوله شدن داشته باشم _____
- ☐ من موافقت می‌کنم که با مسئولین همکاری کنم و نام و نشانی افرادی را که با آنها تماس داشته‌ام را به آنها بدهم تا از رشد بیماری در خانواده، دوستان و همکاران خود پیشگیری کنم _____

❑ **من دلیل تکمیل دورهٔ درمانی خود را می‌دانم و مطلع هستم که اگر درمان را انجام ندهم، ممکن است اقدامات قانونی علیه من صورت گیرد** _____

من یک نسخه از طرح درمانی دریافت کرده‌ام و برایم توضیح داده شده است و به تمامی سوالات من پاسخ داده شده است. من موافقم که این طرح درمانی را انجام دهم.

امضای درمان‌جو _____ تاریخ _____

امضای نمایندهٔ سازمان بهداشت _____ تاریخ _____