

## اتفاقية ولاية ميريلاند بين مريض السل/ ومقدم الرعاية الطبية

اسم المريض (أحرف طباعية) \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة \_\_\_\_\_ رقم السجل \_\_\_\_\_  
الأخير الأول المتوسط الشهر/اليوم/ السنة

### أنا أعلم أنه:

- من المشتبه به أو من المؤكد أن أكون مصاباً بمرض السل (TB).
- مرض السل يمكن أن ينتشر إلى أشخاص آخرين عن طريق السعال أو التحدث أو الغناء.
- يتضمن علاج السل تناول عدة أدوية لمدة تتراوح على الأقل بين عدة أشهر وسنتين.
- يجب على طبيبي الإبلاغ عن إصابتي بمرض السل إلى دائرة الصحة، وفقاً للقوانين الفدرالية والدولية.
- وزارة الصحة هي المسؤولة عن علاج مرضي ومنع انتقال العدوى إلى القريبين مني.
- بإمكان دائرة الصحة اتخاذ إجراءات قانونية ضدي إذا لم أتبع خطة علاجي لمرض السل.

### مسؤوليات المريض: سوف:

- أحافظ على مواعيدي مع برنامج السل التابع لدائرة الصحة للحصول على علاجي الطبي لمرض السل.
- أتعاون لإجراء الاختبارات (اختبار البلغم، صورة أشعة للصدر، الفحوص المخبرية وغيرها) المرتبطة بعلاجي لمرض السل.
- أتناول دواء السل عندما يُطلب مني ذلك، بما في ذلك الحضور إلى مواعيد العلاج الذي يخضع للمراقبة المباشرة.
- اتصل على الفور بدائرة الصحة إذا لم أشعر أنني بحالة جيدة.
- أخبر موظفي دائرة الصحة بمعلومات كاملة وصادقة عن أمراض السابقة أو الحالية، أو عن حالات الحمل أو أي أدوية أخرى أتناولها، بما في ذلك الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية والمكملات العشبية.
- أخبر دائرة الصحة بأسرع وقت ممكن إذا لم أتمكن من المحافظة على أي موعد، وأحدد موعداً جديداً في أسرع وقت ممكن.
- أخبر دائرة الصحة عن أي شخص تعرض للاحتكاك بمرضي (تُعامل هذه المعلومات بسرية إلى أقصى حد ممكن).
- أخبر دائرة الصحة عن أي تغييرات في عنواني أو رقم (أرقام) هاتفي أو معلومات الاتصال بي في حالات الطوارئ.

### مسؤوليات مقدم الرعاية الطبية: ستقوم دائرة الصحة في مقاطعة \_\_\_\_\_ بما يلي:

- تقديم شرح واضح حول مرض السل ومخاطره بالنسبة لي وللآخرين الذين كنت قريباً منهم، بما في ذلك عائلتي.
- الإجابة على جميع أسئلتني حول رعايتي الطبية وأدوية مرض السل.
- تقديم كل الرعاية الطبية المتعلقة بإصابتي بمرض السل ومشاركة هذه المعلومات مع أطبائي الآخرين إذا كان ذلك مناسباً.
- إعلامي عن أي تغييرات في صحتي (الفحوص المخبرية، صور الأشعة، وما إلى ذلك).

- التأكد من تناول أدوية مرض السل في الوقت الذي نتفق عليه، بما في ذلك الحضور إلى مواعيد العلاج الخاضع للمراقبة المباشرة
- الحفاظ على سرية معلوماتي الصحية وفقاً للأنظمة الفيدرالية وأنظمة الولاية.

#### اتفاقية العلاج:

- إنني أوافق على التقيد بجميع المواعيد المحددة لتلقي أدوية السل، وتناول جميع أدوية السل على النحو الموصوف، والتقيد بإجراء جميع الاختبارات التشخيصية التي يطلبها الطبيب، وإتباع جميع التوجيهات الأخرى التي قدمها لي موظفو مرض السل في مقاطعة \_\_\_\_\_
- إذا لم التزم بهذه التوجيهات، أفهم أنني قد أوضع في الحجر الصحي في مستشفى حكومي مزود بمرافق لمعالجة السل أو أي مرفق مناسب آخر وفقاً لما تحدده دائرة الصحة المحلية ودائرة الصحة في الولاية من خلال السلطة الممنوحة لموظف الصحة بموجب مدونة قوانين ميريلاوند - الصحة العامة 324, 325 §§18، ومدونة أنظمة ميريلاوند 10.06.01.06- تدابير الرقابة العامة على الأمراض المعدية.
- لقد قرأت أو أطلعت على هذه الاتفاقية، وتلقيت الأجوبة على أسئلتني، وأفهم أهمية علاجي بالنسبة لي وللآخرين. وتسلمت نسخة من هذا النموذج للاحتفاظ به في سجلاتي الخاصة.

(أحرف طباعية) \_\_\_\_\_ (أحرف طباعية) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (التوقيع) \_\_\_\_\_ (التوقيع) \_\_\_\_\_

المريض أو الوالد/ الوصي التاريخ /موظف/ مقدم الرعاية الطبية لمرض السل التاريخ

MDH 4511 (تمت مراجعتها عام 2018)