

توافقنامه MARYLAND برای ارائه دهنده خدمات درمانی / بیمار مبتلا به سل

نام بیمار (به حروف بزرگ) _____ تاریخ تولد _____ شماره سوابق: _____

نام خانوادگی _____ نام _____ نام وسط _____ تاریخ تولد: _____

من مطلع هستم که:

- مشکوک به داشتن بیماری سل (TB) هستم یا وجود این بیماری برای من تأیید شده است.
- سل از طریق سرفه، صحبت کردن یا آواز خواندن قابل انتقال به دیگران است.
- درمان سل شامل مصرف چندین دارو برای مدت زمان حداقل چند ماه تا 2 سال است.
- بر اساس قوانین ایالتی و فدرال، پزشک من باید بیماری سل من را به بخش سلامت گزارش کند.
- بخش سلامت مسئول درمان بیماری سل من است و اینکه از انتشار عفوت به افراد نزدیک به من جلوگیری کند.
- اگر خودم طرح درمان سل را دنبال نکنم، بخش سلامت می تواند بر علیه من اقدام قانونی انجام دهد.

مسئولیت های بیمار: من کارهای زیر را انجام خواهم داد:

- ادامه ویزیت در برنامه سل بخش سلامت برای دریافت درمان این بیماری.
- همکاری در زمینه انجام تست های مرتبط با درمان سل (تست از بزاق، ایکس ری از قفسه سینه، تست های آزمایشگاهی و سایر آزمایش ها).
- مصرف داروهای سل در زمان توصیه شده، از جمله ویزیت های DOT (درمان هایی با نظارت مستقیم).
- تماس سریع با بخش سلامت در صورتی که احساس بیماری داشتم.
- ارائه اطلاعات کامل و دقیق به بخش سلامت در مورد بیماری قبلی و فعلی، بارداری ها و دیگر داروهایی که مصرف می کنم، از جمله داروهای بدون نسخه و مکمل های گیاهی.
- اگر نتوانم در جلسه ویزیت حضور پیدا کنم هرچه سریعتر به بخش سلامت اطلاع دهم و سریعاً ویزیت دیگری را تعیین کنم.
- اگر فردی در معرض بیماری سل من قرار گرفته است به بخش سلامت اطلاع می دهم (این اطلاعات تا حد امکان محرمانه خواهند ماند).
- در صورت ایجاد هرگونه تغییر در آدرس، شماره تلفن یا اطلاعات تماس اضطراری، به بخش سلامت اطلاع می دهم.

مسئولیت های ارائه دهنده: بخش سلامت کانتی _____ کارهای زیر را انجام خواهد داد:

- توصیف دقیق بیماری سل و خطرهای احتمالی آن برای من و سایرین که در نزدیکی من هستند، از جمله خانواده ام.
- پاسخ به همه سؤال های من درباره درمان سل و داروهای مربوطه.
- ارائه کلیه خدمات پزشکی مرتبط با سل و در صورتی که مناسب باشد، ارائه این اطلاعات به سایر پزشکان من.
- اطلاع رسانی به من درباره هرگونه تغییر ایجاد شده در وضعیت سلامت (تست های آزمایشگاهی، ایکس ری و دیگر موارد).
- اطمینان از اینکه من در زمان توافق شده داروی سل را دریافت می کنم، از جمله ویزیت های DOT.
- حفظ اطلاعات سلامت من به صورت محرمانه با توجه به قوانین و مقررات فدرال و ایالتی (HIPA).

توافق نامه درمانی:

- من موافق هستم که در همه ویزیت های تعیین شده برای دریافت داروهای سل حضور داشته باشم تا داروهای سل تجویز شده را دریافت کنم، همه تست های تشخیصی را که توسط پزشکم دستور داده شده است انجام دهم و همه دستورالعمل های ارائه شده به من توسط پرسنل سل کانتی _____ را دنبال کنم.
- اگر از این موارد پیروی نکنم، می دانم که ممکن است در بیمارستانی که تجهیزات درمان بیماری سل را دارد بستری شوم یا به واسطه اختیاراتی که از طرف ریاست بخش سلامت به واسطه قانون مریلند، بخش سلامت کلی 18-324 §§، 325 و قوانین و مقررات مریلند 10.06.01.06، ابزارهای کنترل عمومی برای بیماری های قابل انتقال ارائه شده است، در سایر مراکز مناسب که توسط بخش سلامت محلی و ایالتی مشخص می شود بستری شوم.
- این توافق نامه را خوانده ام یا برای من خوانده شده است و به سؤال های من پاسخ داده شده است، و همچنین از اهمیت درمان بیماری برای خودم و دیگران اطلاع دارم. یک نسخه از این فرم در اختیار من قرار داده شده است تا همراه با سایر مدارک نگهداری کنم.

(با حروف بزرگ) _____ (با حروف بزرگ) _____

بیمار یا والدین/قیم MDH 4511
 تاریخ _____ (امضا) _____
 پرسنل/ارائه دهنده خدمات مربوط به سل (اصلاح شده در سال 2018)
 تاریخ _____ (امضا) _____