

મેરીલેન્ડ ટીબીના દરદી/પ્રદાતા વચ્ચેનો કરાર

દરદીનું નામ (પ્રિંટ કરો) _____ જન્મ તારીખ _____ રેકોર્ડ# _____
અટક નામ મધ્ય નામ _____ મમ/દિદિ/વવવવ _____

હું જાણું છું કે:

- મને ટ્યુબરક્યુલોસિસ (ટીબી અથવા ક્ષય રોગ) હોવાની શંકા છે અથવા તે છે.
- ટીબી ખાંસવા, બોલવા કે ગાવાથી બીજા લોકોમાં ફેલાઈ શકે છે.
- ટીબીની સારવારમાં ઓછામાં ઓછા કેટલાક મહિનાથી લઈને 2 વર્ષ સુધી અનેક દવાઓ લેવાનો સમાવેશ થાય છે.
- રાજ્યના અને ફેડરલ કાયદા પ્રમાણે મારા ફિઝિશિયને મારા ટીબી રોગની હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટને જાણ કરવાની રહેશે.
- મારા ટીબી રોગની સારવાર કરવાની અને મારા પ્રિયજનોમાં તેનો ચેપ લાગતો રોકવાની જવાબદારી હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટ એટલે કે આરોગ્ય વિભાગની છે.
- જો હું મારી ટીબીની સારવાર યોજનાનું પાલન ન કરું તો હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટ કાનૂની પગલાં લઈ શકે છે.

દરદીની જવાબદારીઓ: હું આમ કરીશ:

- મારી ટીબીની તબીબી સંભાળ મેળવવા માટે હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટના ટીબી પ્રોગ્રામ સાથેની એપોઇન્ટમેન્ટ્સ અચૂક કરવી.
- મારી ટીબીની સારવાર સંબંધી પરીક્ષણોમાં (સ્પૂટમ એટલે કે થ્રૂક, છાતીના એક્સ-રે, લેબોરેટરી અને અન્ય) સહયોગ આપવો.
- મને તે લેવાનું કહેવામાં આવે ત્યારે મારી ટીબીની દવાઓ લેવી, જેમાં DOT (ડાઇરેક્ટલી ઓબ્ઝર્વ્ડ થેરાપી - સીધા નિરીક્ષણમાં કરાતી સારવાર) એપોઇન્ટમેન્ટ માટે જવું.
- જો મારી તબિયત બગડે તો તરત જ હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટને ફોન કરવો.
- અગાઉની અથવા હાલની માંદગીઓ, સગર્ભાવસ્થાઓ, અથવા હું લેતો/લેતી હોઉં તેવી પ્રિસ્ક્રિપ્શન વિના મળતી દવાઓ સહિત બધી જ દવાઓ અને આયુર્વેદિક સપ્લીમેન્ટ્સ વિશે હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટના કર્મચારીઓને પૂરી અને સાચી વિગતો આપવી.
- જો હું એપોઇન્ટમેન્ટ માટે પહોંચી શકું તેમ ન હોઉં તો આરોગ્ય વિભાગને શક્ય તેટલી જલ્દી જાણ કરવી અને નવી એપોઇન્ટમેન્ટ લેવી.
- મારા કારણે ટીબીના સંસર્ગમાં આવી હોય તેવી કોઈ પણ વ્યક્તિ વિશે હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટને જાણ કરવી (આ માહિતીને શક્ય એટલી ખાનગી રાખવામાં આવશે).
- મારા સરનામા, ફોન નંબર(નંબરો) કે સંકટકાલીન સંપર્ક માહિતી વિશે હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટને જાણ કરવી.

પ્રદાતાની જવાબદારીઓ: _____ કાઉન્ટી હેલ્થ ડિપાર્ટમેન્ટ આમ કરશે:

- મને અને મારા કુટુંબ સહિત હું જેમની નજીક રહ્યો/રહી હોઉં તે બધાંને ટીબી રોગ અને તેનાં જોખમો સ્પષ્ટપણે સમજાવવાં.
- ટીબીની સંભાળ અને દવાઓ વિશેના મારા બધા પ્રશ્નોના જવાબ આપવા.
- મારા ટીબી સંબંધી તબીબી સંભાળ પૂરી પાડવી, અને જો તેમ કરવું યોગ્ય હોય તો બીજાં ડૉક્ટરો સાથે આ માહિતી વહેંચવી.
- મારા આરોગ્યમાં થતાં કોઈ પણ ફેરફારો (લેબોરેટરી પરીક્ષણો, એક્સ-રે, વગેરે) વિશે મને જણાવવું.
- સુનિશ્ચિત કરવું કે મને અમે નક્કી કરીએ તે સમયે મારી ટીબીની દવાઓ મળે, જેમાં DOT એપોઇન્ટમેન્ટનો પણ સમાવેશ થાય છે.
- ફેડરલ અને રાજ્યના (HIPPA) વિનિયમો પ્રમાણે મારી આરોગ્ય સંબંધી માહિતીને ખાનગી રાખવી.

સારવાર માટે સંમતિ:

- હું ટીબીની દવાઓ મેળવવા માટેની બધી નિર્ધારિત એપોઇન્ટમેન્ટ્સ માટે આવવાને સંમત થાઉં છું, લખી અપાયા પ્રમાણે ટીબીની બધી દવાઓ લેવાને સંમત થાઉં છું, મારા ડૉક્ટરે કહેલ બધાં નૈદાનિક પરીક્ષણો કરાવવાને સંમત થાઉં છું અને _____ કાઉન્ટીના ટીબી કર્મચારીઓ દ્વારા મને અપાયેલ બધી સૂચનાઓનું પાલન કરવાને સંમત થાઉં છું.
- જો હું પાલન કરવામાં નિષ્ફળ થાઉં, તો હું સમજું છું કે મને ક્ષયની સારવારની સગવડ ધરાવતી કોઈ સ્ટેટ હોસ્પિટલમાં અથવા *Annotated Code of Maryland, Health-General §§ 18-324,325* (એનોટેટેડ કોડ ઓફ મેરીલેન્ડ, હેલ્થ – જનરલ (મેરીલેન્ડ સ્પષ્ટીકરણ સમેત સંહિતા, આરોગ્ય, સામાન્ય) §§ 18-324,325) અને *Code of Maryland Regulations 10.06.01.06, General Control Measures for Communicable Diseases* (કોડ ઓફ મેરીલેન્ડ રેગ્યુલેશન્સ (મેરીલેન્ડ વિનિયમ સંહિતા) 10.06.01.06, જનરલ કંટ્રોલ મેઝર્સ ફોર કમ્યુનિકેબલ ડિઝીઝીઝ (ચેપી રોગો માટે સામાન્ય નિયંત્રક ઉપાયો)) દ્વારા હેલ્થ ઓફિસરને અપાયેલ અધિકારો અન્વયે સ્ટેટ અને આરોગ્ય વિભાગ દ્વારા નિર્ધારિત અન્ય યોગ્ય ફેસિલિટીમાં બીજાઓને ચેપ લાગવાથી બચાવવા માટે અલગ રાખવામાં આવી શકે.
- મેં આ સંમતિપત્રક વાંચ્યું છે અથવા તે મને વાંચી સંભળાવવામાં આવ્યું છે, મારા પ્રશ્નોના જવાબો મેળવ્યા છે, અને મારી સારવારના મારા અને બીજાઓ માટેના મહત્ત્વને સમજું છું. મને મારા પોતાના રેકૉર્ડમાં રાખવા માટે આ ફોર્મની એક નકલ આપવામાં આવી છે.

_____ (પ્રિંટ) _____ (પ્રિંટ)

_____ (સહી) _____ (સહી)

દરદી અથવા માતાપિતા/વાલી

તારીખ

ટીબી કર્મચારી/પ્રદાતા

તારીખ

MDH 4511 (સુધારેલ2018)