

مریض کا نام (جلی حروف میں) _____ تاریخ پیدائش _____ ریکارڈ # _____
 م م / د د / س س س س س س _____ درمیانی پہلا آخری

مجھے معلوم ہے کہ:

- مجھے تپ دق (ٹی بی) کا شبہ ہے یا اس کی تصدیق ہو چکی ہے۔
- ٹی بی دوسرے لوگوں میں کھانسی، بات کرنے، یا گانا گانے کے ذریعہ پھیل سکتا ہے۔
- ٹی بی کے علاج میں متعدد دوائیں کم از کم کئی مہینوں سے لے کر 2 سالوں تک لینا ہوتا ہے۔
- ریاستی اور وفاقی قانون کے مطابق میرے معالج کے لیے میرے ٹی بی کے مرض کی اطلاع محکمہ صحت کو دینی ضروری ہے۔
- محکمہ صحت میری ٹی بی کا علاج کرنے اور میرے قریب کے لوگوں کو انفیکشن سے بچانے کے لیے ذمہ دار ہے۔
- اگر میں اپنی ٹی بی کے علاج کے پلان پر عمل نہ کروں تو محکمہ صحت قانونی کارروائی کر سکتا ہے۔

مریض کی ذمہ داریاں: میں درج ذیل کروں گا/گی:

- اپنے ٹی بی کا طبی علاج حاصل کرنے کے لیے محکمہ صحت کے ٹی بی پروگرام کے ساتھ اپنے اپائنٹمنٹس کی پابندی کروں گا/گی۔
- میرے ٹی بی کے علاج سے متعلق جانچوں (تھوک، سینے کا ایکسرے، لیباریٹری اور دیگر) میں تعاون کروں گا/گی۔
- اپنی ٹی بی کی دوا، بشمول DOT (راست مشاہدے والا معالج) حسب ہدایت لوں گا/گی۔
- اگر مجھے ٹھیک محسوس نہیں ہوگا تو فوراً محکمہ صحت کو کال کروں گا/گی۔
- محکمہ صحت کے عملہ کو پچھلی اور موجودہ بیماری، حمل یا کوئی دوا جو میں ابھی لے رہا/رہی ہوں، بشمول بغیر نسخہ کے ملنے والی دواؤں اور جڑی بوٹیوں والے تکملات کے بارے میں مکمل اور سچی جانکاری دوں گا/گی۔
- اگر میں کسی اپائنٹمنٹ پر نہیں آسکتا/سکتی تو جتنی جلدی ممکن ہو محکمہ صحت کو بتاؤں گا/گی اور جتنی جلدی ممکن ہو نیا اپائنٹمنٹ لوں گا/گی۔
- محکمہ صحت کو کسی ایسے شخص کے بارے میں بتاؤں گا/گی جو میری ٹی بی کی زد میں آیا ہو (اس اطلاع کو جس حد تک ممکن ہو رازدارانہ تصور کیا جائے گا)۔
- محکمہ صحت کو اپنے پتے، فون نمبر (نمبروں) یا ہنگامی رابطے کی معلومات میں کسی تبدیلی کے بارے میں بتاؤں گا/گی۔

فراہم کنندہ کی ذمہ داریاں: کاؤنٹی کا محکمہ صحت درج ذیل کرے گا:

- مجھے ٹی بی کے مرض اور اس سے مجھے اور میرے قریب رہنے والے دیگر لوگوں، بشمول میرے خاندان کو درپیش خطرات کی پوری وضاحت فراہم کرے گا۔
- ٹی بی کے علاج اور دواؤں کے بارے میں میرے تمام سوالوں کے جواب دے گا۔
- میری ٹی بی سے متعلق تمام طبی نگہداشت فراہم کرے گا، اور اگر مناسب ہو تو اس معلومات کا اشتراک میرے دیگر ڈاکٹروں کے ساتھ کرے گا۔
- مجھے میری صحت میں کسی تبدیلی کے بارے میں بتائے گا (لیباریٹری جانچیں، ایکسریز وغیرہ)۔
- یہ یقینی بنائے گا کہ مجھے میری ٹی بی کی دوائیں، بشمول DOT کے اپائنٹمنٹس ہمارے اتفاق کردہ وقت پر ملیں۔
- میری صحت کی معلومات کو وفاقی اور ریاستی (HIPPA) ضوابط کے مطابق راز میں رکھے گا۔

علاج کا معاہدہ:

- میں ٹی بی کی دوائیں حاصل کرنے کے لیے تمام مقررہ اپائنٹمنٹس پر آنے، ٹی بی کی دوائیں تجویز کے مطابق لینے، اور میرے ڈاکٹر کے ذریعہ بنائی گئی تمام تشخیصی جانچوں کی پابندی کرنے اور مجھے _____ کاؤنٹی ٹی بی کے عملہ کے ذریعہ دی گئی تمام ہدایات کی پابندی کرنے پر آمادہ ہوں۔
- اگر میں پابندی کرنے میں ناکام رہتا/رہتی ہوں تو، مجھے معلوم ہے کہ مجھے ریاستی اور مقامی محکمہ صحت کے فیصلے کے مطابق ایک ریاستی ہسپتال میں تپ دق کے علاج کی سہولیات میں قرنطینہ میں رہنا پڑ سکتا ہے جس کا اختیار ہیلتھ آفیسر کو میری لینڈ کے ضوابط کے مشرح دفعات، عمومی صحت (Annotated Code of Maryland, Health-General) §§ 18-324,325 اور میری لینڈ کے ضوابط سے متعلق دفعات (Code of Maryland Regulations) 10.06.01.06، چھوٹ کی بیماریوں کے لیے کنٹرول کے عمومی پیمانے (General Control Measures for Communicable Diseases) کے تحت حاصل ہے۔
- میں نے اس معاہدے کو پڑھ لیا ہے یا مجھے پڑھ کر سنا دیا گیا ہے، میرے سوالات کے جواب دے دیے گئے ہیں، اور میں نے اپنے اور دوسروں کے لیے علاج کی اہمیت کو سمجھ لیا ہے۔ مجھے اپنے ریکارڈوں میں رکھنے کے لیے اس فارم کی ایک نقل دی گئی ہے۔

_____ (جلی حروف میں) _____ (جلی حروف میں)

_____ (دستخط) _____ (دستخط) _____
 تاریخ _____ تاریخ _____
 مریض یا والدین/سرپرست _____