

MERILEND SHTATI SIL KASSALIGI BEMOR/XIZMAT KO'RSATUVCHI SHARTNOMASI

Bemor Ismi (bosma harfda) _____ Tug'ilgan sanasi _____ Qayd qilish № _____
Familiya, Ismi, Sharifi _____ oy/ kun/ yil _____

Men quyidagilar haqida bilaman:

- Menda sil kassaligi (TB) borligi gumon qilingan yoki tasdiqlangan.
- TB boshqa odamlarga yo'tal, nutq yoki qo'shiq aytish orqali o'tishi mumkin.
- TBni da'volash kamida bir necha oydan 2 yilgacha bir nechta dori-darmonlarni qabul qilishni o'z ichiga oladi.
- Shtat va federal qonunlarga ko'ra, mening shifokorim mening TB kasalligimni sog'liqni saqlash bo'limiga xabar qilishi kerak.
- Sog'liqni saqlash bo'limi mening TB kasalligimni davolash va menga yaqin kishilarning kasal bo'lishlarini oldini olish uchun mas'uldir.
- Men TB davolash rejasiga rioya qilmasam, sog'liqni saqlash bo'limi qonuniy choralar ko'rishi mumkin.

Bemorning majburiyatlari: Men:

- TB da'volash uchun sog'liqni saqlash bo'limining TB dasturiga belgilangan vaqtida ishtirok etaman.
- Mening TB da'volashi bilan bog'liq bo'lgan tahlillarni (balg'am, ko'krak rentgeni, laboratoriya va boshqalar) o'z vaqtida topshiraman.
- TBga qarshi dorilarni aytilgan vaqtda qabul qilaman, jumladan DOT (bevosita kuzatiladigan terapiya) jarayonida.
- O'zimni yomon his qilganimda sog'liqni saqlash bo'limiga darhol murojaat etaman.
- Oldingi yoki hozirgi kassaliklar, homiladorlik yoki men qabul qiladigan boshqa dori-darmonlar haqida, jumladan, retseptsiz beriladigan dori-darmonlar va o'simlikl qo'shimchalar haqida to'liq va to'g'ri ma'lumotlarni sog'liqni saqlash bo'limi xodimlariga xabar beraman.
- Uchrashuvga belgilangan vaqtda kela olmasam, sog'liqni saqlash bo'limiga imkon qadar qisqa vaqt ichida bu haqda xabar beraman va yangi uchrashuv vaqtini kelishaman.
- Sog'liqni saqlash bo'limiga mening TB kasalligimga duch kelgan kishilar haqida aytib beraman (bu ma'lumotlar imkon qadar maxfiy tutiladi).
- Sog'liqni saqlash bo'limiga mening manzilim, telefon raqamim yoki favqulodda vaziyatdagi aloqa haqida biron-bir o'zgarish haqida ma'lumot beraman.

Xizmat ko'rsatuvchi majburiyatlari: _____ Tumani so'g'liqni saqlash bo'limi:

- TB va uning xavf-xatarlarini men va yaqinlarimga, shu jumladan oilamga aniq tushuntirib beradi.
- TBni davolash va dori-darmonlar bilan bog'liq barcha savollarimga javob beradi.
- TBga bog'liq barcha tibbiy yordamni ko'rsatadi va bu ma'lumotni boshqa shifokorlarimga taqdim qiladi.
- Mening salomatligimdagi har qanday o'zgarishlar haqida (laboratoriya tahlillari, rentgenogrammlar, va hokazo) menga xabar beradi.
- TBga qarshi dorilarni kelishilgan vaqtda, shu jumladan DOT vaqtida olishimni ta'minlaydi.
- Mening sog'ligim haqida ma'lumotni federal va shtat (HIPPA) qoidalariga muvofiq yashirin holda saqlaydi.

Da'volash haqida shartnoma:

- Men TBni davolash uchun barcha rejalashtirilgan uchrashuvlarga ishtirok etishga, barcha TB dori-darmonlarni belgilangan tartibda qabul qilishga, shifokor tomonidan buyurilgan barcha diagnostika testlaridan o'tishga va _____ tuman TB xodimlari tomonidan menga berilgan barcha boshqa ko'rsatmalarga amal qilishga roziman
- Amal qilmaganim taqdirda, sog'liqni saqlash idorasiga *Merilend shtati Annotatsiya Kodeksi, "Umumiy sog'liqni saqlash qoidalarini"*, §§ 18-324, 325 va *Merilend shtati Kodeksi 10.06.01.06, "Yuqumli kasalliklar nazorati bo'yicha umumiy choralar"* asosida berilgan vakolatlariga muvofiq shtat sog'liqni saqlash bo'limi va mahalliy sog'liqni saqlash bolimi tomonidan belgilangan shtatning sil kasallarini davolash muassasalari yoki boshqa tegishli muassasalarga karantinga olinishimni tushunaman.
- Men ushbu shartnomani o'qib chiqdim yoki uni menga o'qib berishdi, savollarimga javob oldim, o'zim va boshqalar uchun davolanishimning ahamiyatini tushunib oldim. Menga ushbu formaning bir nusxasi berildi.

_____ (bosma harfda) _____ (bosma harfda)

_____ (imzo) _____ (imzo)

Bemor yoki Ota-ona/Tarbiyalovchi

Sana

TB Xodimi/Xizmat ko'rsatuvchi

Sana

MDH 4511 (revised 2018)