

THỎA THUẬN GIỮA BỆNH NHÂN LAO/NHÀ CUNG CẤP MARYLAND

Họ tên bệnh nhân (chữ in hoa) _____ Ngày sinh _____ Số hồ sơ _____
Họ Tên Tên đệm tháng/ ngày/ năm

Tôi hiểu rằng:

- Tôi nghi ngờ hoặc xác nhận mắc bệnh lao (TB).
- Bệnh lao có thể lây sang người khác khi ho, nói, hoặc hát.
- Điều trị bệnh lao đòi hỏi uống nhiều loại thuốc trong tối thiểu từ vài tháng đến 2 năm.
- Bác sĩ của tôi phải báo cáo bệnh lao của tôi cho sở y tế, theo luật tiểu bang và Liênbang.
- Sở y tế có trách nhiệm điều trị bệnh lao của tôi và ngăn ngừa sự lây nhiễm sang những người ở gần tôi.
- Sở y tế có thể áp dụng hành động pháp lý nếu tôi không tuân theo kế hoạch điều trị bệnh lao của tôi.

Trách nhiệm của bệnh nhân: Tôi sẽ:

- Duy trì các cuộc hẹn của tôi với chương trình phòng chống bệnh lao của sở y tế để nhận được dịch vụ chăm sóc y tế liên quan đến bệnh lao.
- Thực hiện các xét nghiệm (nước bọt, chụp X-quang ngực, phòng thí nghiệm và các xét nghiệm khác) liên quan đến việc điều trị bệnh lao của tôi.
- Uống thuốc điều trị bệnh lao theo yêu cầu, bao gồm các cuộc hẹn DOT (điều trị theo dõi trực tiếp).
- Gọi cho sở y tế ngay nếu tôi không cảm thấy khỏe.
- Cung cấp cho nhân viên của sở y tế thông tin đầy đủ và trung thực về bệnh tật, tình trạng thai nghén trước đây hoặc hiện tại hoặc bất kỳ loại thuốc nào khác mà tôi đang dùng, bao gồm thuốc không kê đơn và các chất bổ sung thảo dược.
- Thông báo với sở y tế càng sớm càng tốt nếu tôi không thể duy trì bất kỳ cuộc hẹn nào và đặt một cuộc hẹn khác càng sớm càng tốt.
- Thông báo với sở y tế về bất kỳ người nào có thể bị phơi nhiễm với bệnh lao của tôi (thông tin này sẽ được coi là bí mật trong chừng mực có thể).
- Thông báo với sở y tế về bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ, số điện thoại hoặc thông tin liên lạc khẩn cấp của tôi.

Trách nhiệm của nhà cung cấp: Sở Y tế Hạt _____ sẽ:

- Giải thích rõ ràng về bệnh lao và những nguy cơ đối với tôi và những người khác đã ở gần tôi, kể cả gia đình tôi.
- Trả lời tất cả các câu hỏi của tôi về chăm sóc bệnh lao và thuốc uống của tôi.
- Thực hiện tất cả các hoạt động chăm sóc y tế liên quan đến bệnh lao của tôi, và chia sẻ thông tin này với các bác sĩ khác nếu phù hợp.
- Cho tôi biết về bất kỳ thay đổi nào về sức khỏe của tôi (xét nghiệm, chụp X quang, v.v...).
- Bảo đảm tôi được uống thuốc điều trị bệnh lao vào thời điểm chúng tôi đồng ý, bao gồm các cuộc hẹn DOT.
- Giữ bí mật thông tin về sức khỏe của tôi theo các quy định của liên bang và tiểu bang (HIPPA).

Thỏa thuận điều trị:

- Tôi đồng ý duy trì tất cả các cuộc hẹn được lên lịch để nhận được thuốc điều trị bệnh lao, uống thuốc điều trị bệnh lao theo đơn thuốc, tuân thủ tất cả các xét nghiệm chẩn đoán theo yêu cầu của bác sĩ của tôi và làm theo tất cả các hướng dẫn khác của nhân viên y tế của Hạt _____ dành cho tôi.
- Nếu tôi không tuân thủ, tôi hiểu rằng tôi có thể bị cách ly tại một bệnh viện của tiểu bang với các cơ sở vật chất điều trị bệnh lao hoặc các cơ sở phù hợp khác theo quyết định của sở y tế tiểu bang và địa phương với thẩm quyền được giao cho Viên chức Y tế theo *Bộ luật chú giải của Maryland, Sức khỏe-Phổ thông §§ 18-324,325 và Bộ luật quy định của Maryland 10.06.01.06, Các biện pháp kiểm soát phổ biến đối với bệnh lây nhiễm.*
- Tôi đã đọc hoặc thỏa thuận này đã được đọc cho tôi, các câu hỏi của tôi đã được trả lời, và tôi hiểu được tầm quan trọng của việc điều trị đối với bản thân tôi và những người khác. Tôi đã được cung cấp một bản sao của mẫu này để lưu giữ cùng với hồ sơ của tôi.

_____ (chữ in hoa) _____ (chữ in hoa)

_____ (chữ ký) _____ (chữ ký)

P.huynh hoặc P.huynh/Giám hộ Ngày **Nhân viên/Nhà cung cấp về Bệnh lao** Ngày
MDH 4511 (sửa đổi năm 2018)