

မေရီလန်း တီဘီ လူနာ/စောင့်ရှောက်သူ သဘောတူညီချက်

လူနာအမည်(ဖော်ပြရန်) _____ မွေးသက္ကရာဇ် _____ မှတ်တမ်း # _____
 နောက်ဆုံး ပထမ အလယ် လလ/ရရ/နနနန

အောက်ပါတို့ကို ကျွန်ုပ်သိရှိပါသည်။ ။

- ကျွန်ုပ်တွင် တီဘီရောဂါ (တီဘီ) ရှိကြောင်း သို့မဟုတ် သံသယရှိကြောင်း
- ချောင်းဆိုးခြင်း၊ စကားပြောခြင်း နှင့် သီချင်းဆိုခြင်းတို့အားဖြင့် အခြားလူများထံ တီဘီရောဂါ ပျံ့နှံ့သွားနိုင်ကြောင်း
- တီဘီရောဂါကုထုံးတွင် အနည်းဆုံး လအနည်းငယ်မှ ၂ နှစ်ခန့်အထိ ဆေးဝါးများကို သောက်သုံးရန်လိုကြောင်း
- ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်က ကျွန်ုပ်၏ တီဘီရောဂါကို ပြည်နယ်နှင့် ပြည်ထောင်စုဥပဒေအရ ကျန်းမာရေးဌာနသို့ သတင်းပို့လိမ့်မည်ဖြစ်ကြောင်း
- ကျွန်ုပ်၏ တီဘီရောဂါအား ကုသရန် နှင့် အခြားသူများထံ မပျံ့နှံ့စေရန် ကျန်းမာရေးဌာနတွင် တာဝန်ရှိကြောင်း
- တီဘီရောဂါကုထုံးအား လိုက်နာခြင်းမရှိပါက ကျန်းမာရေးဌာနမှ ဥပဒေကြောင်းအရ လိုအပ်သလို ဆောင်ရွက်နိုင်ကြောင်း

လူနာ၏ တာဝန်များ ။ ကျွန်ုပ်သည်-

- တီဘီဆေးကုသမှုခံယူရန် ကျန်းမာရေးဌာန တီဘီအစီအစဉ်တွင် ချိန်းဆိုသည့်အချိန်တိုင်း လာရောက်ပါမည်။
- တီဘီရောဂါကုထုံးနှင့်စပ်ဆိုင်သည့် စစ်ဆေးခြင်းများ (သလိပ်၊ ရင်ဘတ်ဓာတ်မှန်၊ သွေးစစ်ခြင်းနှင့် အခြား)ကို ပြုလုပ်ပါမည်။
- ဒေါ့စ် (တိုက်ရိုက်ဆေးတိုက်ကျွေးကုထုံး) တွင် ချိန်းဆိုမှုများအပါအဝင် ကျွန်ုပ်အား တိုက်ကျွေးသည့် တီဘီဆေးများကို သောက်သုံးပါမည်။
- တခုခုနေထိုင်မကောင်းပါက ကျန်းမာရေးဌာနသို့ ဖုန်းဖြင့် ဆက်သွယ်ပါမည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု သို့မဟုတ် သောက်သုံးနေသည့် ဆေးဆိုင်မှဝယ်ယူရနိုင်သည့် ဆေးများ နှင့် ဆေးဘက်ဝင်အပင်ဆေးများအပါအဝင် လက်ရှိ နှင့် အတိတ်က ကျန်းမာရေးရာဇဝင်များကို ကျန်းမာရေးဌာနဝန်ထမ်းများအား မလွှဲမချိန် ပြောဆိုပါမည်။
- ချိန်းဆိုမှုကို မလာရောက်နိုင်ပါက ကျန်းမာရေးဌာနကို အချိန်မီအကြောင်းကြားရန် နှင့် ချိန်းဆိုမှုအသစ်ကို တတ်နိုင်သမျှစောစော ထပ်ပြုလုပ်ပါမည်။
- ကျွန်ုပ်ထံမှ တီဘီရောဂါကူးစက်သွားနိုင်သည့်သူရှိပါက ကျန်းမာရေးဌာနကို အကြောင်းကြားပါမည် (ဤသတင်းကို တတ်နိုင်သမျှ လျှို့ဝှက်ပေးထားမည် ဖြစ်ပါသည်။)
- အိမ်လိပ်စာ၊ ဖုန်းနံပါတ်(များ) နှင့် အရေးပေါ်ဆက်သွယ်နိုင်သည့် အချက်အလက်များ ပြောင်းလဲမှုရှိပါက ကျန်းမာရေးဌာနကို အကြောင်းကြားပါမည်။

စောင့်ရှောက်သူ၏ တာဝန်များ ။ _____ ကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာနသည်-

- တီဘီရောဂါအကြောင်း၊ ယင်းကြောင့် ကျွန်ုပ်နှင့် ကျွန်ုပ်မိသားစုအပါအဝင်ဘေးနားရှိသူများအပေါ်ဖြစ်နိုင်သည့် ဆိုးကျိုးများကို ရှင်းလင်းပြောပြပါမည်။
- တီဘီရောဂါကုထုံး နှင့် ဆေးဝါးများအကြောင်း ကျွန်ုပ်သိလိုသမျှကို ဖြေကြားပေးပါမည်။
- တီဘီရောဂါနှင့်ပတ်သက်သည့် ဆေးဝါးအားလုံးကို ထောက်ပံ့မည် ဖြစ်ပြီး သင့်တော်သလို ဤအချက်အလက်ကို အခြားဆရာဝန်များကို သိစေပါမည်။
- ကျွန်ုပ်ရောဂါနှင့်ပတ်သက်သည့်အပြောင်းအလဲများအားလုံး (ဆေးစစ်ချက်များ၊ ဓာတ်မှန်များစသည်ဖြင့်) ကို ပြောပြပါမည်။
- ဒေါ့စ် ချိန်းဆိုမှုများအပါအဝင် သဘောတူထားသည့် အချိန်အတွက် တီဘီဆေးများကို ရရှိစေရန် ဆောင်ရွက်ပါမည်။
- ပြည်ထောင်စု နှင့် ပြည်နယ် (အိတ်ချ်အိုင်ပီပီအေ) လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများအတိုင်း ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များကို လျှို့ဝှက်ထားပါမည်။

ကုထုံးဆိုင်ရာ သဘောတူညီချက် ။ ။

- တီဘီရောဂါကုထုံးနှင့်ပတ်သက်သည့် ချိန်းဆိုမှုများကို လာရောက်ရန်၊ ညွှန်ကြားထားသော ဆေးဝါးများကို သောက်ရန်၊ ဆရာဝန်မှညွှန်ကြားသည့် ဆေးစစ်မှုများကိုပြုလုပ်ရန် နှင့် _____ ကောင်တီ တီဘီဝန်ထမ်း၏ ညွှန်ကြားချက်များကို လိုက်နာရန် ကျွန်ုပ် သဘောတူညီပါသည်။
- လိုက်နာရန်ပျက်ကွက်ပါက ကျွန်ုပ်အား ကျန်းမာရေး အရာရှိက မေရီလန်း ခွင့်ပြုဥပဒေ၊ ကျန်းမာရေး-အထွေထွေ ၅၅ ၁၈-၂၂၄၊၂၅ နှင့် မေရီလန်း လုပ်ထုံးလုပ်နည်း ဥပဒေ ၁၀.၀၆.၀၁.၀၆၊ ကူးစက်နိုင်သော ရောဂါများ ထိန်းချုပ်ရန်နည်းလမ်းအထွေထွေ အရ ပြည်နယ် နှင့် ဒေသဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးဌာန မှသတ်မှတ်ထားသော တီဘီရောဂါကို ကုသပေးနိုင်သည့် သို့မဟုတ် သင့်တော်သော နေရာတွင် အကျယ်ချုပ်ခံထားရနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သိရှိနားလည်ပါသည်။
- ဤသဘောတူညီချက်ကို ကျွန်ုပ်အားဖတ်ပြပြီးဖြစ်ကာ ကျွန်ုပ်သိလိုသည်များအားလုံးကို ဖြေဆိုပြီးဖြစ်သလို ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် နှင့် အခြားသူများအတွက် ရောဂါကုထုံး၏ အရေးကြီးမှုကိုလည်း နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်အား မှတ်တမ်းအနေဖြင့်သိမ်းဆည်းထားရန် ဤပုံစံ၏ မိတ္တူတစ်စုံကို ကျွန်ုပ်အား ထုတ်ပေးပြီးဖြစ်ပါသည်။

_____ (ဖော်ပြရန်) _____ (ဖော်ပြရန်)

_____ (လက်မှတ်) _____ (လက်မှတ်)

လူနာ သို့မဟုတ် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ ရက်စွဲ တီဘီ ဝန်ထမ်း/စောင့်ရှောက်သူ ရက်စွဲ

အမ်ဒီအိတ်ချ် ၄၅၁၁ (၂၀၁၈ တွင် ပြန်လည်မွမ်းမံပြီး)