

ACCORD ENTRE PATIENT ATTEINT DE TB ET PRATICIEN DANS L'ÉTAT DU MARYLAND

Nom du patient (majuscules) _____ Date de naissance _____ N° dossier _____
Nom Prénom 2e prénom MM/JJ/AAAA

Je sais que :

- ma tuberculose (TB) est suspectée ou confirmée.
- la TB peut se transmettre aux autres en toussant, en parlant ou en chantant.
- le traitement de la TB implique la prise de plusieurs médicaments pendant plusieurs mois au moins, jusqu'à 2 ans.
- mon médecin doit signaler ma TB au département de santé, en vertu des lois de l'État et fédérales.
- le département de la santé a la responsabilité de traiter ma TB et d'empêcher la contamination de mes proches.
- le département de la santé peut lancer des procédures judiciaires si je ne respecte pas mon traitement contre la TB.

Responsabilités du patient : Je m'engage à :

- Respecter mes rendez-vous dans le cadre du programme TB du département de la santé afin de suivre mon traitement contre la TB.
- Coopérer pour le planning des examens (mucosités, radio pulmonaire, laboratoire, etc.) liés à mon traitement contre la TB.
- Prendre les médicaments contre la TB quand on me le demande, y compris lors des rendez-vous DOT (Directly Observed Therapy, thérapie en direct).
- Appeler immédiatement le département de la santé si je ne me sens pas bien.
- Donner au personnel du département de la santé des informations complètes et véridiques concernant mes maladies actuelles ou passées, mes grossesses ou tout autre médicament que je prends, y compris les médicaments en vente libre et les compléments à base des plantes.
- Informer le département de la santé dès que possible si je ne suis pas en mesure de respecter un rendez-vous et de programmer un nouveau rendez-vous aussi tôt que possible.
- Informer le département de la santé de toutes les personnes qui ont pu être exposées à ma TB (cette information sera traitée en toute confidentialité, autant que possible).
- Informer le département de la santé de tout changement dans mon adresse, mon ou mes numéros de téléphone ou des personnes à contacter en cas d'urgence.

Responsabilités du praticien : Le département de la santé du comté _____ s'engage à :

- Expliquer clairement la TB et ses risques à moi-même et à ceux qui me sont proches, y compris ma famille.
- Répondre à toutes mes questions concernant mes soins et médicaments contre la TB.
- Fournir tous les soins médicaux liés à ma TB et à partager, si cela est nécessaire, ces informations avec d'autres médecins.
- M'informer de toute évolution de mon état de santé (examens de laboratoire, radios, etc.).
- S'assurer que je reçois mes médicaments contre la TB aux heures convenues, y compris les rendez-vous DOT.
- Préserver la confidentialité de mon état de santé en vertu des réglementations (HIPPA) de l'État et fédérales.

Accord de traitement :

- J'accepte de respecter tous mes rendez-vous programmés pour recevoir mes médicaments contre la TB, de prendre tous mes médicaments TB en respectant mon ordonnance, de subir tous les examens de diagnostic prescrits par mon médecin et de suivre toutes les autres directives qui m'ont été données par le personnel TB du comté de _____.
- Si je manque à mes obligations, je comprends que je suis susceptible d'être placé(e) en quarantaine dans un hôpital de l'État équipé de structures pour traiter la tuberculose ou tout autre établissement adapté selon la détermination du département de la santé local et de l'État par l'autorité conférée au Directeur de la santé par les lois de santé suivantes dans l'État du Maryland: *Annotated Code of Maryland, Health-General §§ 18-324,325 et Code of Maryland Regulations 10.06.01.06, General Control Measures for Communicable Diseases.*
- J'ai lu ou je me suis fait lire cet accord, obtenu les réponses à mes questions et je saisis l'importance de mon traitement, pour moi et pour autrui. J'ai reçu une copie de ce formulaire à conserver dans mes dossiers personnels.

_____ (majuscules) _____ (majuscules)

_____ (signature) _____ (signature)

Patient ou parent/tuteur

Date

Personnel/Praticien TB

Date

MDH 4511 (version 2018)