

ਮੈਰੀਲੈਂਡ ਦਾ ਟੀਬੀ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ ਪ੍ਰਵਾਈਡਰ ਬਾਰੇ ਸਮਝੌਤਾ

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਂ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ) _____ ਜਨਮ-ਤਾਰੀਖ _____ ਰਿਕਾਰਡ # _____
 ਆਖਰੀ ਪਹਿਲਾ ਵਿਚਲਾ ਮਮ/ਦਦ/ਸਸਸਸ

ਮੈਨੂੰ ਪਤਾ ਹੈ ਕਿ:

- ਮੈਨੂੰ ਤਪਦਿਕ (ਟੀਬੀ) ਹੋਣ ਦਾ ਸੱਕ ਹੈ ਜਾਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ।
- ਖੰਘਣ, ਬੋਲਣ ਜਾਂ ਗਾਣਾ ਗਾਉਣ ਨਾਲ ਹੋਰਨਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਟੀਬੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
- ਟੀਬੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿਚ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਕਈ ਮਹੀਨਿਆਂ ਤੋਂ 2 ਸਾਲ ਲਈ ਕਈ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣੀਆਂ ਪੈਂਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫ਼ੈਡਰਲ ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ, ਮੇਰੇ ਫਿਜ਼ਿਸ਼ੀਅਨ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਟੀਬੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਬਾਰੇ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮੇ ਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਦੱਸਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।
- ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮਾ ਮੇਰੀ ਟੀਬੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀਆਂ ਨੂੰ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਲਾਗ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ।
- ਜੇ ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਟੀਬੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਪਲਾਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ, ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ: ਮੈਂ:

- ਆਪਣੇ ਟੀਬੀ ਦੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਭਾਲ ਲੈਣ ਲਈ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮੇ ਦੇ ਟੀਬੀ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਆਪਣੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚਾਓ/ਪਹੁੰਚਾਓਗੀ।
- ਆਪਣੇ ਟੀਬੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਟੈਸਟਾਂ (ਬੁੱਕ, ਛਾਤੀ ਦਾ ਐਕਸਰ, ਲੈਬੋਰੇਟਰੀ ਅਤੇ ਹੋਰ) ਵਿਚ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।
- ਕਹੇ ਜਾਣ 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਟੀਬੀ ਦੀ ਦਵਾਈ ਲਵਾਂਗਾ/ਲਵਾਂਗੀ, ਇਸ ਵਿਚ DOT (ਸਿੱਧੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵਾਲਾ ਇਲਾਜ) ਦੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਜੇ ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੀ ਤਬੀਬਤ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦੀ, ਤਾਂ ਫ਼ੈਰਨ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮੇ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।
- ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮੇ ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਪਿਛਲੀਆਂ, ਮੌਜੂਦਾ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, ਬੱਚਾ ਠਹਿਰਣ ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ, ਜੇ ਮੈਂ ਲੈ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ, ਬਾਰੇ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਸੱਚੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਿਆਂਗਾ/ਦਿਆਂਗੀ, ਇਹਨਾਂ ਦਵਾਈਆਂ ਵਿਚ ਦੁਕਾਨ ਤੋਂ ਲਈਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਜੜੀਆਂ-ਬੂਟੀਆਂ ਦੇ ਪੂਰਕ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
- ਜੇ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਮੁਲਾਕਾਤ 'ਤੇ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ, ਤਾਂ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਸੰਭਵ ਹੋਇਆ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮੇ ਨੂੰ ਦੱਸਾਂਗਾ/ਦੱਸਾਂਗੀ ਅਤੇ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਹੋ ਸਕਿਆ ਨਵੀਂ ਮੁਲਾਕਾਤ ਦਾ ਸਮਾਂ ਤੈਅ ਕਰਾਂਗਾ/ਕਰਾਂਗੀ।
- ਕਿਸੇ ਹੋਰ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਟੀਬੀ ਕਰਕੇ ਲਾਗ ਲੱਗ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਬਾਰੇ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮੇ ਨੂੰ (ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸੰਭਵ ਹੱਦ ਤੱਕ ਗੁਪਤ ਰੱਖਿਆ ਜਾਏਗਾ) ਦੱਸਾਂਗਾ/ਦੱਸਾਂਗੀ।
- ਆਪਣੇ ਪਤੇ, ਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਨੰਬਰ) ਜਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਚਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਬਾਰੇ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮੇ ਨੂੰ ਦੱਸਾਂਗਾ/ਦੱਸਾਂਗੀ।

ਪ੍ਰਵਾਈਡਰ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ: _____ ਕਾਉਂਟੀ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮਾ:

- ਮੈਨੂੰ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਹੋਰਨਾਂ ਨਜ਼ਦੀਕੀਆਂ, ਇਸ ਵਿਚ ਮੇਰਾ ਪਰਿਵਾਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਨੂੰ ਟੀਬੀ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਅਤੇ ਇਸਦੇ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਬਾਰੇ ਸਾਫ਼-ਸਾਫ਼ ਸਮਝਾਏਗਾ।
- ਮੇਰੇ ਟੀਬੀ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਬਾਰੇ ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਸੁਆਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦੇਵੇਗਾ।
- ਮੇਰੇ ਟੀਬੀ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਸਾਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸੰਭਾਲ ਮੁਹਈਆ ਕਰੇਗਾ ਅਤੇ ਜੇ ਢੁਕਵਾਂ ਹੋਇਆ, ਤਾਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰੇਗਾ।
- ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਵਿਚਲੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਬਦੀਲੀਆਂ (ਲੈਬੋਰੇਟਰੀ ਟੈਸਟਾਂ, ਐਕਸਰ ਆਦਿ) ਬਾਰੇ ਮੈਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ।
- ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗਾ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਸਾਡੇ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਲੇ ਸਮੇਂ 'ਤੇ ਮੇਰੀਆਂ ਟੀਬੀ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਮਿਲਣਗੀਆਂ, ਇਸ ਵਿਚ DOT ਦੀਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ।
- ਫ਼ੈਡਰਲ ਅਤੇ ਸਟੇਟ (HIPPA) ਨੇਮਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖੇਗਾ।

ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਸਮਝੌਤਾ:

- ਮੈਂ ਟੀਬੀ ਦੀ ਦਵਾਈ ਲੈਣ ਲਈ ਸਾਰੀਆਂ ਸਿੱਥੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਮੁਲਾਕਾਤਾਂ 'ਤੇ ਪਹੁੰਚਣ, ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ ਟੀਬੀ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈਣ, ਮੇਰੇ ਡਾਕਟਰ ਵਲੋਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਾਰੇ ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਕਾਉਂਟੀ ਟੀਬੀ ਸਟਾਫ਼ ਵਲੋਂ _____ ਮੈਨੂੰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਹੋਰ ਸਾਰੀਆਂ ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।
- ਜੇ ਮੈਂ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਵਿਚ ਨਾਕਾਮ ਰਹਿੰਦਾ/ਰਹਿੰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਐਨੋਨੇਟਿਡ ਕੋਡ ਆਫ਼ ਮੈਰੀਲੈਂਡ, ਹੈਲਥ ਜਨਰਲ (*Annotated Code of Maryland, Health-General*) §§ 18-324,325 ਅਤੇ ਕੋਡ ਆਫ਼ ਮੈਰੀਲੈਂਡ ਰੈਗੂਲੇਸ਼ਨਸ (*Code of Maryland Regulations*) 10.06.01.06, ਜਨਰਲ ਕੰਟਰੋਲ ਮਈਅਰਜ਼ ਫ਼ੋਰ ਕਮਿਊਨੀਕੇਬਲ ਡਿਜ਼ੀਜ਼ਿਜ਼ (*General Control Measures for Communicable Diseases*) ਵਲੋਂ ਸਿਹਤ ਅਫ਼ਸਰ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਅਥਾਰਿਟੀ ਰਾਹੀਂ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਮਹਿਕਮੇ ਵਲੋਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਤਪਦਿਕ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਾਲੇ ਸਟੇਟ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲ ਜਾਂ ਦੂਜੀ ਢੁਕਵੀਂ ਸਹੂਲਤ ਵਿਚ ਵੱਖਰਿਆਂ ਰਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਇਹ ਸਮਝੌਤਾ ਪੜ੍ਹ ਲਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਮੈਨੂੰ ਪੜ੍ਹਕੇ ਸੁਣਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ, ਮੇਰੇ ਸੁਆਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਸੀ, ਮੇਰੇ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਲਈ ਮੇਰੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਅਹਿਮੀਅਤ ਬਾਰੇ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਮੈਨੂੰ ਆਪਣੇ ਖ਼ੁਦ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਰੱਖਣ ਲਈ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ।

_____ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ) _____ (ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ)
 _____ (ਦਸਤਖ਼ਤ) _____ (ਦਸਤਖ਼ਤ)
 ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਤਾਰੀਖ਼ TB ਸਟਾਫ਼/ਪ੍ਰਵਾਈਡਰ ਤਾਰੀਖ਼