

میری لینڈ ٹی بی مریض/مہیا کار دا معاہدہ

مریض دا ناں (جلی) _____

جمن دی تاریخ _____

ریکارڈ # _____

مہینہ/دن/سال _____

وجلا _____

پہلا _____

اخیری _____

مینوں معلوم اے کہ:

- میرے ٹیوبرکلوسز (ٹی بی) دا مریض ہون دا شک یا تصدیق ہو چکی اے۔
- ٹی بی دوجے لوکاں اچ کھانسن، بولن یا گانا گان دے ولوں پھیل سگدی اے۔
- ٹی بی دے علاج اچ گھٹ توں گھٹ کئی مہینیاں توں لے کے 2 ورہیاں تک لئی کئی دوائیاں لینا شامل اے۔
- ریاستی تے وفاقی قانون دے مطابق، میرے ڈاکٹر دے ولوں میری ٹی بی دی بیماری دی اطلاع محکمہ صحت نوں دینا لازمی اے۔
- محکمہ صحت میری ٹی بی دی بیماری دا علاج کرن تے میرے آے دوالے لوکاں نوں انفیکشن ہون نوں روکن دے لئی ذمے وار اے۔
- جے میں اپنے ٹی بی دے علاج دے منصوبے اتے عمل نئیں کرداں آن تے محکمہ صحت میرے خلاف قانونی کارروائی کر سگدا اے۔

مریض دیاں ذمہ واریاں: میں کران گا/گی:

- اپنی ٹی بی دی طبی دیکھ بہال حاصل کرن دے لئی محکمہ صحت ٹی بی پروگرام دے نال اپنی ملاقاتاں نوں برقرار رکھان گا۔
- اپنے ٹی بی دے علاج دے متعلق ٹیسٹ دے نال تعاون کران گا (ٹھک، سینے دے ایکسرے، لیبارٹری تے دوجے)۔
- اپنی ٹی بی دی دوا لیواں گا جدوں اینوں لین دے لئی کہیا جاوے گا، بشمول DOT (براہ راست مشاہدہ کردہ تھراپی) والی ملاقاتاں۔
- جے اپنی صحت خراب محسوس ہووے تے محکمہ صحت نوں فوراً فون کران گا۔
- محکمہ صحت دے عملے نوں ماضی دی یا موجودہ بیماری، حمل ہون، یا کوئی دوجی دوائیاں، جے میں لے رہیاں ہوں، بشمول بغیر نسخہ آلی دوائیاں تے جڑی بوٹیاں دے علاج دے بارے اچ پوری طرح تے سچی معلومات دیواں گا۔
- محکمہ صحت نوں چھیتی توں چھیتی دساں گا جے میں اپنی ملاقات اتے نئیں آپڑ سگدا آن، تے چھیتی توں چھیتی نوں ملاقات مقرر کران گا۔
- محکمہ صحت نوں کسے وی بندے دے بارے اچ دساں گا جیہڑا میرے ٹی بی اچ بوہتی قریب یا نال رہیاں ہووے (ایس جانکاری نوں ممکنہ حد تائیں خفیہ رکھیا جاوے گا)۔
- محکمہ صحت نوں اپنے پتے، فون نمبر (ز) یا ہنگامی رابطے دی معلومات اچوں کسے وی تبدیلی دے بارے اچ دساں گا۔

مہیا کار دی ذمہ واریاں: کاؤنٹی دا محکمہ صحت کرے گا:

- میرے تے دوجے جیہڑے میرے نیڑے رہے ہوں، بشمول میرا خاندان لئی واضح طور تے ٹی بی دی بیماری دے خطریاں دی وضاحت کرے گا۔
- میرے ٹی بی دی دیکھ بہال تے دوائیاں دے بارے اچ میرے سارے سوالاں دا جواب دیوے گا۔
- میرے ٹی بی توں متعلق ساری طبی دیکھ بہال فراہم کرے گا، تے جے مناسب ہويا تے میرے دوجے ڈاکٹراں دے نال ایس جانکاری دی ونڈ کرے گا۔
- میری صحت (لیبارٹری ٹیسٹس، ایکسرے، وغیرہ) اچ کسے وی تبدیلی دے بارے اچ مینوں دسنا۔
- یقینی بنانا پئی مینوں اپنی ٹی بی دی دوائیاں ایس ٹیم تے مل جان جیہدے تے اسیں اتفاق کیتا ہووے، بشمول DOT ملاقاتاں۔
- وفاقی تے ریاستی (HIPPA) قواعد دے مطابق میری صحت دی معلومات نوں خفیہ رکھنا۔

علاج دا معاہدہ:

- میں اتفاق کردا آن پئی ٹی بی دی دوائیاں لین دے لئی تمام طے شدہ ملاقاتاں نوں برقرار رکھان گا، نسخے دے مطابق ٹی بی دی ساری دوائیاں لیواں گا، سارے تشخیصی ٹیسٹاں دی تعمیل کران گا جیویں کہ میرے ڈاکٹر نے تجویز کیتا اے تے
- کاؤنٹی ٹی بی دے عملے دے ولوں دتی گئی ساری دوجی ہدایاں اتے عمل کران گا۔
- جے میں تعمیل کرن اچ ناکام ہوندا آن تے میں سمجھدا آن کہ مینوں ریاستی ہسپتال اچ جتھے ٹیوبرکلوسز علاج دے لئی سہولتاں ہوں یا دوجے موزوں مرکز سہولیات وچ، جیویں کہ ریاست تے مقامی محکمہ صحت دے افسر، جنہوں اینوٹیڈ کوڈ آف میری لینڈ، بیلتہ جنرل (Annotated Code of Maryland, Health-General) § 18-324.325، تے کوڈ آف میری لینڈ ریگولیشنز (Code of Maryland Regulations) 10.06.01.06، متعدد بیماریاں دے لئی عمومی کنٹرول دے اقدامات توں بیلتہ آفیسر نوں عطا شدہ اختیار دے نال متعین کیتا جاوے گا (General Control Measures for Communicable Diseases)، فرنینہ کیتا جا سگدا اے۔
- میں ایس معاہدے نوں پڑھ لیا یا میرے سامنے پڑھیا گیا اے، میرے سوالاں دا جواب دتا گیا اے، میں اپنے آپ تے دوجیاں دے لئی اپنے علاج دی اہمیت نوں سمجھنا آن۔ مینوں اپنے ریکارڈ دے نال رکھن دے لئی ایس فارم دی اک نقل دتی گئی اے۔

(جلی) _____

(جلی) _____

(دستخط) _____

(دستخط) _____

تاریخ _____

ٹی بی عملہ/مہیا کار _____

تاریخ _____

مریض یا والدین/سرپرست _____

