

# KASUNDUAN NG PROVIDER AT PASYENTENG MAY TB NG MARYLAND

Pangalan ng Pasyente (sa malalaking titik) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Record # \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_ Apelyido Pangalan Gitnang Pangalan mm/ dd/ yyyy

## Alam kong:

- Mayroon ako ng pinaghihinalaan o nakumpirmang tuberculosis (TB).
- Ang TB ay maaaring maihawa sa ibang tao sa pamamagitan ng pag-ubo, pagsasalita, o pagkanta.
- Kasama sa paggamot ng TB ang paggamit ng ilang gamot sa loob ng hindi bababa sa ilang buwan hanggang 2 taon.
- Dapat iulat ng aking doktor ang aking sakit na TB sa departamento ng kalusugan, alinsunod sa batas ng estado at Pederal na pamahalaan.
- Responsibilidad ng departamento ng kalusugan na gamutin ang aking sakit na TB at pigilan ang pagkahawa ng mga taong malapit sa akin.
- Maaaring magsagawa ang departamento ng kalusugan ng legal na pagkilos kung hindi ako susunod sa aking plano ng paggamot ng TB.

## Mga Responsibilidad ng Pasyente: Ako ay:

- Pupunta sa aking mga appointment sa programa para sa TB ng departamento ng kalusugan upang matanggap ko ang medikal na pangangalaga sa TB.
- Magsasagawa ng mga pagsusuring (sample ng plema, x-ray sa dibdib, laboratoryo at iba pa.) nauugnay sa paggamot ng aking TB.
- Gagamit ng aking gamot sa TB kapag sinabihang gawin ito, gayundin ay pupunta sa mga appointment para sa DOT (direktang inoobserbahang paggamot o directly observed therapy).
- Tatawag kaagad sa departamento ng kalusugan kung hindi maganda ang aking pakiramdam.
- Magsasabi sa kawani ng departamento ng kalusugan ng kumpleto at tapat na impormasyon tungkol sa mga nakaraan o kasalukuyang karamdaman, pagbubuntis o anumang iba pang gamot na ginagamit ko, kabilang ang mga over-the-counter na gamot at herbal na suplemento.
- Magsasabi sa departamento ng kalusugan sa lalong madaling panahon kung may hindi ako mapupuntahan sa alinmang appointment at magpapaiskedyul ng bagong appointment sa lalong madaling panahon.
- Magsasabi sa departamento ng kalusugan ng tungkol sa sinumang tao na maaaring nahawaan ko ng aking TB (kumpidensyal na pangangasiwaan ang impormasyong ito hangga't maaari).
- Magsasabi sa departamento ng kalusugan ng tungkol sa anumang pagbabago sa aking address, (mga) numero ng telepono o pang-emergency na impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

## Mga Responsibilidad ng Provider: Ang Departamento ng Kalusugan sa County ng \_\_\_\_\_ ay:

- Malinaw na ipaliliwanag ang sakit na TB at ang mga panganib na hatid nito sa akin at sa iba pang malapit sa akin, kabilang ang aking pamilya.
- Sasagutin ang lahat ng aking tanong tungkol sa pangangalaga at gamot sa aking TB.
- Magbibigay ng lahat ng medikal na pangangalagang nauugnay sa aking TB at ibabahagi ang impormasyong ito sa aking iba pang doktor kung naaangkop.
- Sasabihin sa akin ang tungkol sa anumang pagbabago sa aking kalusugan (mga pagsusuri sa laboratoryo, x-ray, atbp.).
- Titiyakin na makukuha ko ang aking mga gamot sa TB sa panahong napagkasunduan namin, pati na rin sa mga appointment sa DOT.
- Pananatilihin kumpidensyal ang aking impormasyon sa kalusugan alinsunod sa mga regulasyon ng Pederal na pamahalaan at pamahalaan ng estado (HIPPA).

### Kasunduan sa Paggamot:

- Sumasang-ayon ako na pupuntahan ang lahat ng appointment para sa pagtanggap ng gamot sa TB, gagamitin ang lahat ng gamot sa TB tulad ng inireseta, susunod sa lahat ng diyagnostikong pagsusuring ipapagawa ng aking doktor at susundin ang lahat ng tagubiling ibibigay sa akin ng kawani para sa TB sa County ng \_\_\_\_\_.
- Kung hindi ako susunod, nauunawaan ko na maaari akong i-quarantine sa isang ospital sa estado na may mga pasilidad para sa paggamot ng tuberculosis o iba pang naaangkop na pasilidad na tutukuyin ng departamento ng kalusugan sa estado at lokal sa pamamagitan ng awtoridad na ibinigay sa Opisyal sa Kalusugan ng *Anotadong Kodigo ng Maryland, Kalusugan-Pangkalahatan (Annotated Code of Maryland, Health-General) §§ 18-324,325* at ng *Kodigo ng Mga Regulasyon ng Maryland (Code of Maryland Regulations) 10.06.01.06, Pangkalahatang Hakbang sa Pagkontrol para sa Mga Nakahahawang Sakit (General Control Measures for Communicable Diseases)*.
- Nabasa ko o binasa sa akin ang kasunduang ito, nasagot ang aking mga tanong, at nauunawaan ko ang kahalagahan ng paggamot para sa akin at sa iba pang tao. Binigyan ako ng kopya ng form na ito upang maitago kasama ng aking mga talaan.

\_\_\_\_\_ (sa malalaking titik) \_\_\_\_\_ (sa malalaking titik)

\_\_\_\_\_ (lagda) \_\_\_\_\_ (lagda)

**Pasyente o Magulang/Tagapangalaga**      **Petsa**

**Kawani/Provider para sa TB**      **Petsa**

MDH 4511 (revised 2018)