

MARYLAND TB HASTA/SAĞLAYICI SÖZLEŞMESİ

Hasta Adı (okunaklı harflerle) _____ Doğum tarihi _____ Kayıt No. _____
Soyadı Ad İkinci Ad aa/ gg/ yyyy

Şu hususlar hakkında bilgin var:

- Şüpheli veya onaylanmış tüberkülozum (TB) mevcut.
- TB, öksürük, konuşma veya şarkı söyleme yoluyla diğer insanlara bulaşabilir.
- TB tedavisi, en az birkaç ay ila 2 yıl süreyle birçok ilaç almayı içerir.
- Doktorum, eyalet yasası ve Federal kanun uyarınca TB hastalığımı sağlık müdürlüğüne bildirmelidir.
- Sağlık müdürlüğü TB hastalığımı tedavi etmek ve yakınlarımdaki kişiler için enfeksiyonu önlemekle sorumludur.
- Sağlık müdürlüğü, TB tedavi planıma uymamam halinde yasal işlem başlatabilir.

Hastanın Sorumlulukları: Şunları yapacağım:

- TB tıbbi bakımımı almak için sağlık müdürlüğü TB programı randevularıma katılacağım.
- TB tedavime ilişkin testlerde (balgam, göğüs röntgeni, laboratuvar ve diğerleri) iş birliği yapacağım.
- DOT (doğrudan gözlemlenen tedavi) randevuları dahil olmak üzere, TB ilaçlarımı söylendiği zamanlarda alacağım.
- Kendimi iyi hissetmezsem sağlık müdürlüğünü arayacağım.
- Sağlık müdürlüğü personeline geçmiş veya mevcut hastalıklar, gebelikler ya da reçetesiz ilaçlar ve bitkisel takviyeler dahil olmak üzere aldığım diğer ilaçlar hakkında eksiksiz ve doğru bilgiler vereceğim.
- Randevuma katılmayacak olmam halinde mümkün olan en kısa sürede sağlık müdürlüğüne bildireceğim ve mümkün olan en kısa sürede yeni bir randevu alacağım.
- TB hastalığıma maruz kalabilecek kişileri sağlık müdürlüğüne bildireceğim (bu bilgi mümkün olduğunca gizli tutulacaktır).
- Adresim, telefon numaram/numaralarım veya acil durum iletişim bilgilerimde değişiklik olması halinde sağlık müdürlüğüne bildireceğim.

Sağlayıcının Sorumlulukları: _____ Yerel Sağlık Müdürlüğü şunları yapacaktır:

- TB hastalığımı ve risklerimi bana ve ailem dahil olmak üzere yakın olduğum diğer kişilere açık şekilde anlatacak.
- TB bakımımı ve ilaçlarım hakkında tüm sorularımı yanıtlayacak.
- TB hastalığıma ilişkin tüm tıbbi bakımı sağlayacak ve bu bilgiyi gerekli olması halinde diğer doktorlarımla paylaşacak.
- Sağlığımdaki değişiklikleri bana bildirecek (laboratuvar testleri, röntgenler vb.).
- DOT randevuları dahil olmak üzere TB ilaçlarımı kararlaştırılan zamanlarda aldığımdan emin olacak.
- Sağlık bilgilerimi Federal yönetmelikler ve eyalet (HIPPA) yönetmelikleri uyarınca gizli tutacak.

Tedavi Sözleşmesi:

- TB ilaçlarını almak için tüm planlı randevulara katılmayı, tüm TB ilaçlarımı önerilen şekilde kullanmayı, doktorum tarafından belirtilen tüm tanı testlerine uyum sağlamayı ve _____ Yerel TB personeli tarafından bana verilen diğer tüm talimatlara uymayı kabul ediyorum.
- Uyum göstermemem halinde, tüberküloz tedavisi için olanaklara sahip bir devlet hastanesinde ya da Sağlık Müdürüne *Maryland Meşruhatlı Kanunu, Sağlık-Genel §§ 18-324,325 ve Maryland Kanunu Yönetmelikleri 10.06.01.06, Bulaşıcı Hastalıklar için Genel Kontrol Tedbirleri* uyarınca verilen yetkiye dayanarak eyalet sağlık müdürlüğü ve yerel sağlık müdürlüğü tarafından belirlenen diğer uygun bir tesiste karantina altına alınabileceğimin farkındayım.
- Bu sözleşmeyi okudum veya tarafıma okunmasını sağladım; sorularıma yanıt aldım ve tedavimin kendim ve diğer insanlar için önemini anladım. Kendi kayıtlarımda tutmam için bu formun bir kopyasını aldım.

_____ (okunaklı harflerle)

_____ (okunaklı harflerle)

_____ (imza)

_____ (imza)

Hasta veya Ebeveyn/Vasi

Tarih

TB Personeli/Sağlayıcısı

Tarih

MDH 4511 (revize tarihi; 2018)