

لیبل مریض

تدای با مشاهده مستقیم (DOT) برای من تشریح داده شد. من می‌فهمم که استفاده این دوا بهترین راه برای از بین بردن میکروب توبرکلوز است. موافقت می‌کنم که یک کارگر DOT توبرکلوز (TB) ببیند که دای توبرکلوزم را استفاده می‌کنم.

من _____ می‌فهمم و موافقت می‌کنم که:
نام متقاضی

1. _____ موافقت می‌کند که کارگر DOT:

نام حوزه صحت و مدیر دوسیه

- شما را بخاطر استفاده از دای‌تان در مکان و زمان توافق شده ملاقات می‌کند.
- از قبل به شما خواهد گفت که آیا نوبت ملاقات شما نیاز به تغییر دارد یا خیر.
- معلومات شما را محرمانه نگه می‌دارد.
- به سوالات و تشویش‌های شما جواب می‌دهد.
- اطمینان حاصل می‌کند که مدیر دوسیه شما از تشویش‌های شما مطلع باشد.

2. من در: _____ خانه _____ کار _____ کلینیک/LHD _____ جای دیگر (مشخص کنید) _____ هستم
بین ساعات _____ و _____ برای استفاده از دای توبرکلوزم.

3. اگر من نتوانم دارو را در مکان و زمان معمولی دای خود را استفاده کنم، برای ایجاد پلان‌های دیگر به این نمبر
اسم شخص _____ در _____ به تماس می‌شوم یا پیام کتبی ارسال می‌کنم.
نمبر تلفون

4. اگر برای تعیین پلان‌های دیگر به تماس نشوم یا پیام کتبی روان نکنم به اینجا مراجعه می‌کنم.
اسم/آدرس مکان _____

5. من ارتباط واضح با کارمند توبرکلوز DOT خویش برقرار خواهم کرد و در صورت داشتن هر گونه مشکلی در قسمت دوا یا تقسی اوقات توافق شده
به آنها اطلاع خواهم داد.

6. من می‌دانم که اگر نوبت‌های ملاقات خویش را از دست بدهم و دواهایم را طبق توصیه استفاده نکنم، علیه من اقدام قانونی صورت گیرد (برای
رژیم‌های عفونت نهفته توبرکلوز قابل استفاده نیست) و این دوزها در جریان تدای پلان شده من حساب نمی‌شوند.

7. قبل از انجام هر گونه پلان‌های سفر به کارگر DOT توبرکلوز یا مدیر دوسیه خویش اطلاع خواهم داد تا بتوانیم با هم کار کنیم و چگونگی استفاده دای
خویش را پلان کنیم.

امضای مریض، والدین/قیم قانونی، یا
شخص که به جای والدین عمل می‌کند

نام کارگر DOT

امضای نرس مدیر دوسیه

تاریخ

اسم ترجمان شفاهی/آی دی نمبر