

د ناروغ لیبل

په مستقیم ډول مشاهده کېدونکي درملنه (DOT) ما ته تشریح شوي وه. زه پوهیږم چې د دې درملو کارول د TB میکروبونو د وژلو تر ټولو غوره لاره ده. زه موافق یم چې د نري رنځ (TB) د DOT کارمند زما د TB درمل کارول مشاهده کړي. زه _____ پوهیږم او موافق یم چې:

د مراجعه کوونکي نوم

1. موافق دی چې د DOT کارکوونکی:

د ولسوالۍ نوم او د قضیې مدیر

- به تاسو مشاهده کړي چې تاسو خپل درمل په موافقه شوي ځای او وخت کې کاروئ.
- تاسو ته به له مخکې ووايي که چیرې ستاسو د لیدني ټاکل شوی وخت بدلولو ته اړتیا وي.
- ستاسو معلومات به محرم وساتي.
- ستاسو پوښتنو او اندېښنو ته به ځواب ووايي.
- ډاډ به تر لاسه کړي چې ستاسو د قضیې مدیر ستاسو د اندېښنو څخه خبر دی.

2. زه به په دې ځای کې يم: _____ کور _____ کار _____ کلینیک/LHD _____ بل ځای کې (مشخص یې کړئ) _____ د _____ او _____ ساعتونو ترمنځ د نري رنځ درملو کارولو لپاره.

3. که زه نشم کولی خپل درمل په عادي ځای او وخت کې استعمال کړم، زه به د نورو پلانونو جوړولو لپاره _____ ته په _____ زنگ ووهم یا متنیز پیغام به واستوم.

د تلیفون شمېره

د کس نوم

4. که زه د نورو پلانونو جوړولو لپاره تلیفون یا لیکلی پیغام ونه لېږم، زه به زما د درملو استعمالولو لپاره _____ ته _____ د ځای نوم/پته

5. زه به زما د TB DOT کارمند سره روښانه اړیکه وساتم او دوی ته به خبر ورکړم که چیرې زه د درملو یا د موافقه شوي مهالوېش اړوند کومي ستونزې لرم.

6. زه پوهیږم چې که زه خپل د لیدني ټاکل شوی وخت له لاسه ورکړم او له امر سره سم خپل درمل ونه کاروم، نو قانوني گام پورته کېدی شي (دا د ناڅرگند TB انتان رژیمونو لپاره د پلي کېدو وړ نه دی) او دا د درملو خوراکونه به زما د پلان شوي درملني په موده کې ونه شمېرل شي.

7. زه به د سفر هر ډول پلانونو جوړولو څخه مخکې زما د TB DOT کارمند یا قضیې مدیر ته خبر ورکړم ترڅو مور وکولی شو په گډه کار وکړو او پلان جوړ کړو چې څنگه به زه خپل درمل استعمالوم.

د DOT کارمند نوم

د ناروغ، ولي/قانوني سرپرست لاسلیک یا هغه کس چې د ولي استازیتوب کوي

نېټه

د قضیې مدیر نرس لاسلیک

د ژباړن نوم/د ID شمېره