

لیبل مریض

1. من موارد ذیل را برای تداوی پیشرفته ویدیویی (VET) می‌فهمم و با آن موافقم:

- کارکنان بخش صحتی ممکن است از VET استفاده کنند تا من را ببینند که دواي توبرکلوز خویش را از طریق ویدیوی زنده به جای حضوری در روزهای توافق شده استفاده می‌کنم.
- من باید از تلفون هوشمند یا کمپیوتر/ اتصال انترنت خود استفاده کنم. من می‌فهمم که کمپنی تلفون من ممکن است برای استفاده از دیتا از من مصارف دریافت کند.
- اگر به وای فای وصل شوم، ممکن است اتصال مصون نباشد.
- اگر نمبر تلفون یا آدرس من تغییر کرد، فوراً به کارکنان بخش صحتی اطلاع خواهم داد.
- قبل از انجام هر گونه پلان سفر به کارکنان بخش صحتی اطلاع خواهم داد.
- من نوبت‌های ملاقات VET را با کارکنان بخش صحتی تنظیم و نگه خواهم داشت.
- اگر نتوانستم به نوبت ملاقات VET خویش اشتراک کنم، فوراً با کارکنان بخش صحتی به تماس خواهم شد.
- من VET را از یک مکان خصوصی انجام خواهم داد تا دیگران نتوانند معلومات من را بشنوند.
- من دواي خویش را در طول VET استفاده می‌کنم و صورت و دواي خویش را همیشه و زمانی که دوا را می‌بلعم نشان خواهم داد.
- وقتی کارمند مراقبت‌های صحتی از من بخواهند شخصاً با او ملاقات خواهم کرد.
- ویدیوهای ضبط شده مجاز نیستند و جزء دوزهای من حساب نمی‌شوند.

2. من می‌فهمم و موافقم که کارکنان بخش صحتی:

- هنگام صحبت با من در VET از نام مستعاری که انتخاب می‌کنم استفاده می‌کنند و اسم واقعی یا مرض تشخیصی من را ذکر نمی‌کنند.
- اطمینان حاصل می‌کنند که دیگران معلومات خصوصی من را نشنوند.
- از من در مورد عوارض جانبی دوا و علائم تشخیص من پرسان نمایند.
- VET را ضبط نکنند.

من درک می‌کنم و موافقت می‌کنم که اگر قوانین فوق را رعایت نکنم، برای استفاده دوا باید به صورت حضوری کارکنان بخش صحتی را ببینم.

تاریخ

امضای مریض، والدین/قیم
یا شخصی که از والدین
نماینده می‌کند

اسم اشتراک کننده بشکل واضح

تاریخ

امضاء

اسم شاهد بشکل واضح