

የታካሚ መለያ

ቀጥተኛ የተስተዋለ ቴራፒ (DOT) ፕሮግራም ተብራርቶልኛል። ይህን መድሃኒት መውሰድ የቲቢ ተዋህሲ ለመግደል የተሻለ መንገድ ነው። የቲቢ መድሃኒቱን ስወስድ የሚመለከተኝን የሳንባ ነቀርሳ (ቲቢ) ሰራተኛ እንዲኖረኝ እስማማለሁ።

እኔ፣ _____ የሚከተሉትን ተረድቼያለሁ እንዲሁም እስማማለሁ፡ _____ የደንበኛ ስም

1. በሚከተለው ስፍራ እገኛለሁ፡- _____ ቤት _____ ስራ _____ ክሊኒክ/LHD ሌላ (ይግለፁ) _____ የቲቢ መድሃኒት ለመውሰድ በ _____ እና _____ ሰዓታት መሃል።
2. መድሃኒቴን በመደበኛ ቦታ እና ጊዜ መውሰድ ካልቻልኩ፣ እደውላለሁ _____ በ _____ ሌላ እቅዶችን ለመያዝ።
የግለሰቡ ስም ስልክ ቁጥር
3. ሌላ እቅዶችን ለመያዝ ካልደወሉ፣ መድሃኒቴን ለመውሰድ ከቀኑ ማብቂያ በፊት ወደ _____ እሄዳለሁ።
የቦታ ስም/አድራሻ
4. መድሃኒቴን ስወስድ ማንኛውም ችግሮች ከገጠሙኝ ለኔ DOT ሰራተኛ እነግራለሁ።
5. ቀጠሮዎቼ ካመለኩኝ እና መድሃኒቴን በታዘዘው መሰረት ካልወሰድኩ፣ ህጋዊ እርምጃ ሊወሰድ እንደሚችል አውቃለሁ (ለተዳፈነ ቲቢ ኢንፌክሽን መመሪያዎች ተግባራዊ ያልሆነ)።
6. የ DOT ሰራተኛ የሚከተለውን እንዲያደርግ _____ ይስማማል፡
የጤና ወረዳ እና ኬዝ ማናጀር
 - ስምምነት በተደረገበት ቦታ እና ሰዓት ላይ መድሃኒትዎን እንዲወስዱ ይመለከታል።
 - የእርስዎ ቀጠሮ መለወጥ የሚያስፈልገው ከሆነ ይነግርዎታል።
 - የእርስዎን መረጃ ግላዊ አድርጎ ይጠብቃል።
 - ጥያቄዎችን እና የሚያሳስብዎትን ነገር ይመልሳል።
 - እርስዎን የሚያሳስብዎትን ኬዝ የጉዳይ ማናጀርዎ የሚያውቀው መሆኑን ያረጋግጣል።

የታካሚው፣ ወላጅ/ህጋዊ ሞግዚት፣ ወይም ሌኮ ፓሬንቲስ ውስጥ የሚሰራ ግለሰብ ፊርማ

DOT ሰራተኛ ስም

ነርስ ኬዝ ማናጀር ፊርማ

ቀን