

Thỏa Thuận Về Liệu Pháp Quan Sát Trực Tiếp

Nhãn Bệnh Nhân

Tôi đã được giải thích về Chương Trình Liệu Pháp Quan Sát Trực Tiếp (DOT). Tôi hiểu rằng uống thuốc này chính là cách tốt nhất giúp tiêu diệt mầm bệnh lao. Tôi đồng ý rằng nhân viên điều trị bệnh lao (TB) được phép quan sát quá trình uống thuốc điều trị bệnh lao của tôi.

Tôi, _____ hiểu và đồng ý rằng:
Tên Khách Hàng

- Tôi sẽ có mặt tại: Nhà riêng ___ Cơ quan ___ Phòng khám/LHD _____ Khác (ghi rõ) _____ trong khoảng thời gian từ _____ đến _____ để uống thuốc điều trị bệnh lao.
- Nếu tôi không thể uống thuốc tại địa điểm và vào thời gian thông thường, tôi sẽ gọi điện thoại _____ theo số _____ để đề xuất các kế hoạch khác.
Tên Người _____ Số Điện Thoại _____
- Nếu tôi không thể gọi điện để đề xuất các kế hoạch khác, tôi sẽ đến _____ trước thời gian cuối ngày uống thuốc.
Tên/Địa chỉ của địa điểm _____
- Tôi sẽ thông báo cho nhân viên DOT biết nếu tôi gặp phải bất kỳ vấn đề nào trong quá trình uống thuốc.
- Tôi biết rằng nếu tôi lờ hèn và không uống thuốc theo chỉ định, tôi có thể phải chịu trách nhiệm pháp lý (không áp dụng cho chế độ điều trị bệnh lao tiềm ẩn).
- _____ đồng ý rằng nhân viên DOT:
Tên của Sở Y Tế và Người Quản Lý Ca Bệnh
 - Sẽ theo dõi quá trình uống thuốc của quý vị tại địa điểm và vào thời gian đã thỏa thuận.
 - Sẽ thông báo cho quý vị biết trước nếu cuộc hẹn của quý vị cần thay đổi.
 - Sẽ giữ bí mật thông tin của quý vị.
 - Sẽ giải đáp thắc mắc và những quan ngại của quý vị.
 - Sẽ đảm bảo thông báo cho người quản lý ca bệnh biết về những quan ngại của quý vị.

Chữ Ký của Bệnh Nhân, Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp
hoặc Tên Nhân Viên DOT Người Chi u Trách Nhiệm Thay Mặt
Cha Mẹ

Ngày

Chữ Ký của Y Tá Quản Lý Ca Bệnh

Ngày

Tên Phiên Dịch Viên/Số ID