

Nhân Bệnh Nhân

Tôi đã được thông báo rằng tôi đang mắc/hoặc có thể mắc bệnh lao (TB) ở phổi. Tôi cũng đã được thông báo rằng tôi có thể lây truyền mầm bệnh lao sang cho người khác.

1. Tôi sẽ cách ly tại nhà cho đến khi nhân viên Sở Y Tế cho tôi biết rằng tôi không còn khả năng lây truyền mầm bệnh lao.
2. Tôi sẽ tránh xa những người khác trong nhà mình.
3. Tôi sẽ che miệng bằng tay hoặc khăn giấy khi ho hay hắt hơi.
4. Tôi chỉ có thể rời khỏi nhà để đi đến các cuộc hẹn thăm khám sức khỏe. Tôi sẽ đeo khẩu trang khi rời khỏi nhà để đến những cuộc hẹn này.
5. Tôi sẽ thông báo cho y tá quản lý ca bệnh của mình về việc đi đến bất kỳ cuộc hẹn nào không phải để điều trị bệnh lao. Tôi sẽ chỉ đi nếu y tá quản lý ca bệnh của tôi nói đồng ý.
6. Tôi có thể rời khỏi nhà đến những nơi mà tôi không gần những người khác, chẳng hạn như đi dạo bộ bên ngoài hoặc lái xe **một mình**.
7. Tôi không được đi làm, đến những nơi thờ phụng, trường học, cửa hàng tạp hóa, rạp chiếu phim, trung tâm mua sắm, cửa hàng mua sắm, tiệc nghỉ lễ, đoàn tụ gia đình hoặc tham gia bất kỳ hoạt động nào khác mà tôi sẽ cần gần gũi với những người khác, bao gồm: _____

cho đến khi tôi được nhân viên của Sở Y Tế thông báo rằng tôi không còn khả năng lây truyền mầm bệnh lao cho những người khác. Nếu một hoạt động không được liệt kê trong biểu mẫu này, tôi sẽ hỏi ý kiến trước khi đến tham gia.

8. Ý kiến/hướng dẫn khác: _____

Tôi đồng ý làm theo các hướng dẫn này cho đến khi tôi được nhân viên Sở Y Tế thông báo rằng tôi không còn khả năng lây truyền mầm bệnh lao cho mọi người xung quanh.

Y tá quản lý ca bệnh đã thông báo cho tôi biết rằng tôi có thể phải chịu trách nhiệm pháp lý nếu tôi không làm theo các hướng dẫn này và tiếp xúc với người khác khi đang mang trên mình mầm bệnh lao.

 Chữ Ký của Bệnh Nhân, Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp
 hoặc Ngày Người Chịu Trách Nhiệm Thay Mặt Cha Mẹ

 Ngày

 Chữ Ký của Người Làm Chứng

 Ngày

 Tên Phiên Dịch Viên/Số ID