

Соглашение о лечении под непосредственным наблюдением

Пациент: _____ Дата рождения: _____

Название местного отделения департамента здравоохранения:

Лечение активной формы туберкулеза назначенными лекарствами в большинстве случаев излечивает от болезни. Лекарства от туберкулеза необходимо принимать не менее 6 месяцев, иногда дольше. Стандарт лечения и прием лекарств называется терапия под непосредственным наблюдением (DOT), которое проводится местным отделением департамента здравоохранения. DOT предполагает прием лекарства от туберкулеза под наблюдением медсестры или другого персонала.

Я, _____, понимаю и согласен со следующим:
(Ф.И.О. клиента)

1. Я буду находиться по адресу: _____ в _____ для приема моего лекарства от туберкулеза.
2. Я буду сообщать сотруднику DOT любые свои жалобы, вопросы или проблемы, которые у меня могут возникнуть.
3. Я понимаю, что если пропущу назначенные встречи и не буду принимать лекарства регулярно, могут быть приняты правовые меры.

В свою очередь, местное отделение здравоохранения обязуется:

1. Встретить Вас по указанному выше адресу в указанное время. Если встречу необходимо будет перенести, мы уведомим Вас об этом.
2. Мы будем предоставлять Вам лекарства от туберкулеза бесплатно.
3. Мы сохраним Вашу конфиденциальность, будем отвечать на Ваши вопросы и жалобы.

Я прочел и понял приведенную выше информацию и согласен с данными условиями.

Пациент

Переводчик (если нужен)

Медсестра или представитель МОДЗ

Дата