

## СОГЛАШЕНИЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Я понимаю, что болен или могу быть носителем туберкулеза (ТБ), и от меня могут заразиться другие люди. Я согласен выполнять следующие правила до тех пор, пока медсестра, специализирующаяся на лечении туберкулеза, не сообщит мне, что я больше не представляю угрозу заражения для других людей. Медсестра оценит анализ моей мокроты, дозу принятого лекарства от туберкулеза и динамику развития болезни и примет решение, заразен ли я или нет.

1. Я буду проживать по указанному ниже адресу. Я буду оставаться дома. Я не буду выходить из дома на работу, работать волонтером, выполнять поручения, посещать учебное заведение, церковь или другие общественные места. Если медсестра разрешит, я могу приходить на консультации врача, при этом я буду носить маску, закрывающую нос и рот.
2. Если мне необходимо будет изменить место жительства, я сообщу об этом лечащей медсестре в течение одного дня.
3. Я сообщу медсестре о любых планируемых отпусках или поездках в течение моего лечения от туберкулеза. Я понимаю, что мне могут быть запрещены поездки до тех пор, пока я не перестану быть заразным.
4. Я не буду принимать посетителей у себя в доме до тех пор, пока не перестану быть заразным. Я понимаю, что проживающие со мной лица могут оставаться в моем доме. Они должны сдать анализы на туберкулез медсестре, специализирующейся на лечении туберкулеза.
5. Я понимаю, что медицинский персонал может звонить мне или посещать меня в любое разумное время.
6. Прочее: \_\_\_\_\_

**Я понимаю, что если я нарушу это соглашение, против меня могут быть приняты правовые меры.** Законодательство штата Орегон запрещает распространение туберкулеза (ORS 433.010).

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Адрес пациента

\_\_\_\_\_  
Медсестра или представитель МОДЗ

\_\_\_\_\_  
Подпись переводчика (если нужно)

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_