

## THỎA THUẬN ĐỂ GIÚP TÔI NGĂN KHÔNG LÂY TRUYỀN BỆNH TB

Tôi hiểu rằng tôi bị mắc hoặc có thể đã bị mắc bệnh lao (TB) và có thể lây truyền sang người khác. Tôi đồng ý với những quy định sau đây cho đến khi Y Tá Điều Trị Bệnh Lao cho tôi biết rằng tôi không còn là nguy cơ có thể lây truyền bệnh lao sang những người khác nữa. Y Tá Điều Trị Bệnh Lao sẽ xem các kết quả xét nghiệm nước bọt của tôi, lượng thuốc điều trị bệnh lao mà tôi đã sử dụng và bệnh lao của tôi có đang tiến triển tốt lên hay không để đưa ra quyết định khi tôi không còn là nguy cơ gây lây truyền bệnh lao.

1. Tôi sẽ sinh sống ở địa chỉ dưới đây. Tôi sẽ ở nhà. Tôi sẽ không ra ngoài đi làm, đi tình nguyện, đi làm vài việc vặt, đi học, đi nhà thờ hoặc những lý do khác. Nếu y tá điều trị bệnh lao của tôi nói “có”, tôi có thể đến nơi hẹn khám sức khỏe, thì tôi sẽ đeo khẩu trang che miệng và mũi khi tôi đến nơi hẹn khám.
2. Nếu tôi phải thay đổi nơi đang ở, tôi sẽ báo cho y tá điều trị bệnh lao biết trong vòng một ngày.
3. Tôi sẽ thông báo cho Y Tá Điều Trị Bệnh Lao của tôi biết về bất cứ kế hoạch đi nghỉ hay chuyến đi nào trong thời kỳ điều trị bệnh lao của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể không được phép đi lại cho đến khi tôi không còn là nguy cơ gây lây truyền bệnh lao cho người khác nữa.
4. Tôi sẽ không mời ai đến thăm nhà cho đến khi tôi không còn là nguy cơ gây lây truyền bệnh lao cho người khác nữa. Tôi hiểu rằng những người đã ở với tôi có thể ở lại trong nhà tôi. Họ sẽ được y tá điều trị bệnh lao khám xem có bị mắc bệnh lao hay không.
5. Tôi hiểu rằng nhân viên điều trị bệnh lao có thể gọi tôi hay đến thăm tôi vào bất cứ thời gian thích hợp nào.
6. Khác: \_\_\_\_\_

**Tôi hiểu rằng nếu tôi vi phạm những thỏa thuận nói trên, tôi có thể bị kiện ra tòa.** Luật pháp Oregon nghiêm cấm tôi làm lây truyền bệnh lao (ORS 433.010).

\_\_\_\_\_  
**Chữ ký bệnh nhân**

\_\_\_\_\_  
**Ngày**

\_\_\_\_\_  
**Địa chỉ của bệnh nhân**

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Y Tá Điều Trị Bệnh Lao LHD  
hoặc người được ủy nhiệm

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của thông dịch viên (nếu cần)

Tên bệnh nhân \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_