

GIẤY ĐỒNG Ý ĐIỀU TRỊ CÓ GIÁM SÁT TRỰC TIẾP (DOPT) VÀ TIẾP NHẬN HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ BỆNH LAO KỶ Ủ BỆNH CỦA CỤC Y TẾ HUYỆN / THÀNH PHỐ _____

越南

Người được điều trị: _____

Số CMT: _____

Giới tính: _____

Ngày tháng năm sinh: Ngày ____ tháng ____ năm ____

Quý vị thân mến:

Theo kết quả xét nghiệm bệnh lao kỳ ủ bệnh (xét nghiệm tiêm dưới da hoặc xét nghiệm bệnh qua máu) và đã được bác sĩ đánh giá, cho thấy hiện tại bạn (hoặc con cái của bạn) đã bị nhiễm bệnh lao kỳ ủ bệnh, nhưng đó không phải là bệnh lao khởi phát, nếu được điều trị đầy đủ theo phương thức điều trị dành cho người nhiễm lao kỳ ủ bệnh, thì sức bảo vệ có thể đạt trên 90%, ngoài việc có thể giảm nguy cơ phát bệnh và lây nhiễm cho người khác ra, còn giảm được nguy cơ kéo dài thời gian điều trị, sử dụng nhiều loại thuốc sau khi phát bệnh, cũng như giảm những tác dụng phụ có thể xảy ra sau này.

Khi điều trị cần lưu ý những điều sau:

I. Hiện tại thuốc điều trị cho người bị lao tiềm ẩn có 4 liệu trình dưới đây (tích vào liệu trình được chỉ định):

3HP: Uống isoniazid (INH) + rifapentine hàng tuần, tổng cộng 12 lần, liệu trình 3 tháng

3HR: Uống INH + rifampin (RMP) hàng ngày, tổng cộng 90 lần, liệu trình 3 tháng

4R: Uống RMP hàng ngày, tổng cộng 120 lần, liệu trình 4 tháng

9H: Uống INH hàng ngày, tổng cộng 270 lần, liệu trình 9 tháng

Loại khác: (1HP hoặc thuốc điều trị dành cho người kháng thuốc) Chú thích: _____

Đề nghị bạn phối hợp với sự sắp xếp của Cơ quan Y tế để nhân viên chăm sóc quan tâm nhắc nhở bạn uống thuốc, đạt hiệu quả không quên uống thuốc, và hoàn tất quá trình điều trị một cách an toàn, phát huy hiệu quả điều trị bệnh lao kỳ ủ bệnh một cách tốt nhất, giảm nguy cơ phát bệnh sau này, ngoài trừ người sử dụng liệu trình 9H ra (vẫn nên cần có nhân viên chăm sóc đôn đốc), các liệu trình khác đều cần có nhân viên chăm sóc đôn đốc nhắc nhở việc uống thuốc.

II. Trong quá trình điều trị, hàng tháng đều phải quay lại Bệnh viện / Phòng khám để theo dõi, nếu có bất kỳ triệu chứng khó chịu nào (như các triệu chứng sốt, chóng đầu, buồn nôn, chán ăn, đau bụng trên bên phải, tay chân tê bì, tròng trắng mắt và da chuyển màu vàng, da nổi mẩn ngứa, dị ứng cấp tính .v.v...), hãy báo ngay cho nhân viên chăm sóc, y tá của Phòng Y tế hoặc nhân viên phụ trách quản lý y tế của các ca bệnh lao trong Bệnh viện để mau chóng sắp xếp quay lại kiểm tra, bác sĩ sẽ phán đoán có tiếp tục uống thuốc hay có xử lý khác.

III. Nếu như giấy này chưa đủ để giải đáp những thắc mắc của bạn, hoặc sau này bạn vẫn còn những vấn đề cần hỏi, xin vui lòng hỏi nhân viên chăm sóc, bác sĩ hoặc y tá bất cứ lúc nào.

Tôi ủy quyền cho Trạm Chăm sóc và Đôn đốc Điều trị do Phòng Y tế huyện / thành phố _____ thiết lập tiến hành bảo quản thuốc điều trị bệnh lao kỳ ủ bệnh của tôi, thuốc sẽ do nhân viên chăm sóc đưa đến cho tôi, và tôi xin tiếp nhận dịch vụ điều trị có giám sát trực tiếp.

Chú thích:

- Theo quy định tại Điều 48 Luật Phòng chống Bệnh truyền nhiễm: Cơ quan chức năng sẽ yêu cầu xét nghiệm đối với người từng tiếp xúc với người mắc bệnh truyền nhiễm hoặc nghi ngờ bị nhiễm bệnh; nếu cần thiết, sẽ yêu cầu chuyển đến nơi chỉ định để xét nghiệm, tiêm chủng, dùng thuốc, quản lý hoặc cách ly tại khu vực được chỉ định.
- Đối với trẻ vị thành niên cần phải có người đại diện theo pháp luật ký tên đồng ý.

Về những vấn đề được giải thích ở trên, tôi:

Đồng ý

Không đồng ý

Quan hệ của người viết cam kết với người được điều trị

Đích thân _____ (Ký và ghi rõ họ tên)

Người đại diện theo pháp luật _____ (Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày ____ tháng ____ năm ____