

หนังสือยินยอมการให้ความรู้ด้านสุขอนามัยสำหรับการรักษาวัณโรคระยะแฝงและการรักษาที่สังเกตได้โดยตรง (DOPT) 泰 ๓

จากกรมอนามัยเมืองเทศมณฑล _____

ชื่อผู้เข้ารับการรักษา: _____ หมายเลขบัตรประจำตัว: _____

เพศ: _____ วันเดือนปีเกิด: วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

เรียน ผู้ที่เกี่ยวข้อง:

จากผลการตรวจสอบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง(การทดสอบปฏิกิริยาทางผิวหนังต่อเชื้อวัณโรคหรือการทดสอบการปลดปล่อยของแกมมาอินเตอร์เฟอรอน) และผ่านการประเมินของแพทย์ปรากฏว่าขณะนี้คุณ(หรือบุตรหลานของคุณ)ได้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง แต่ยังไม่แสดงอาการของวัณโรค ซึ่งหากเข้ารับการรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงอย่างสมบูรณ์ มีความสามารถในการป้องกันได้มากกว่า 90% ขึ้นไป นอกจากนี้จะช่วยลดความเสี่ยงที่จะแสดงอาการและแพร่เชื้อต่อผู้อื่นแล้ว ยังสามารถช่วยลดความเป็นไปได้ที่จะต้องใช้เวลาในการรักษาและรับยาในเวลายาวนานขึ้น ชนิดตัวยาที่เพิ่มมากขึ้นและอาการข้างเคียงที่เพิ่มมากขึ้นหลังแสดงอาการ

ข้อควรรู้ในการเข้ารับการรักษา ดังนี้:

I. ปัจจุบัน ใบบังยาสำหรับการรักษาวัณโรคระยะแฝงมี 4 ประเภท (ให้เลือกประเภทใบบังยาที่ใช้รักษาผู้ติดเชื้อ):

- 3HP : รับประทาน isoniazid (INH) + rifapentine ทุกสัปดาห์ รวม 12 ครั้ง ใช้เวลารักษา 3 เดือน
- 3HR : รับประทาน INH + rifampin (RMP) ทุกวัน รวม 90 ครั้ง ใช้เวลารักษา 3 เดือน
- 4R : รับประทาน RMP ทุกวัน รวม 120 ครั้ง ใช้เวลารักษา 4 เดือน
- 9H : รับประทาน INH ทุกวัน รวม 270 ครั้ง ใช้เวลารักษา 9 เดือน

อื่นๆ: (1HP หรือ พร้อมใบบังยาคือยา) หมายเหตุ: _____

โปรดให้ความร่วมมือกับการดำเนินการของหน่วยงานอนามัย

และยอมรับการดูแลในการรับประทานยาโดยเจ้าหน้าที่ดูแล

และทำการรักษาจนครบกระบวนการอย่างปลอดภัย

ลดความเสี่ยงที่จะแสดงอาการในภายหลัง

(แต่ยังคงแนะนำให้เพิ่มการรักษาที่สังเกตได้โดยตรง(DOTS))

ใบบังยาประเภทอื่นจะต้องดูแลในการรับประทานยาโดยเจ้าหน้าที่ดูแลที่ส่งยา

II. ในกระบวนการรักษา กรุณากลับเข้าพบแพทย์เพื่อติดตามผลทุกเดือน หากมีอาการไม่สบาย (มีไข้ เวียนศีรษะ

คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ปวดช่องท้องด้านขวาส่วนบน มือเท้าชา ตาขาวหรือผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีเหลือง

มีผื่นคันขึ้นตามผิวหนัง หรือมีอาการแพ้เฉียบพลันเป็นต้น) กรุณารีบแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล

เจ้าหน้าที่พยาบาลของกองอนามัย หรือเจ้าหน้าที่ดูแลเฉพาะทางสำหรับวัณโรคของโรงพยาบาล

เพื่อเข้ารับการรักษาทันที

โดยแพทย์จะทำการวินิจฉัยอีกครั้งว่าจะรับประทานยาเช่นเดิมต่อไปหรือจะเปลี่ยนวิธีการรักษาแบบอื่น

III. หากคุณยังมีข้อสงสัยต่อรายละเอียดในหนังสือฉบับนี้ หรือยังมีคำถามหลังจากได้อ่านแล้ว

กรุณาสอบถามจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้สถานี่ดูแลการรักษาที่สังเกตได้โดยตรงที่จัดตั้งขึ้นโดยกรมอนามัยประจำเทศมณฑล(เมือง)

ช่วยเก็บรักษายาสำหรับรักษาอาการวัณโรคระยะแฝงของข้าพเจ้า

และให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลในการส่งยา พร้อมยอมรับบริการการรักษาที่สังเกตได้โดยตรง

หมายเหตุ:

1. ตามกฎหมายการป้องกันโรคติดต่อ มาตราที่ 48 :

หน่วยงานผู้มีอำนาจสามารถสั่งการให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดกับผู้ติดเชื้อวัณโรคหรือผู้ที่ต้องสงสัยว่าจะติดเชื้อวัณโรค ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรอง

หากมีความจำเป็น สามารถสั่งการให้โยกย้ายเข้าไปยังสถานที่ตรวจคัดกรองที่กำหนดไว้ ฉีดวัคซีนเพื่อป้องกัน ให้ความรู้เกี่ยวกับพื้นที่ที่กำหนด

หรือทำการกักกันตัวได้

2. ผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะต้องได้รับความยินยอมและลงนามโดยผู้แทนตามที่กฎหมายกำหนด

ตามที่อธิบายไว้ข้างต้น:

ยินยอม

ไม่ยินยอม

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ลงนามกับผู้เข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้า

ผู้แทนตามที่กฎหมายกำหนด

(ลงนาม)

(ลงนาม)

วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____