

บันทึกความร่วมมือในการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน (MDR-TB)

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารแสดงถึงความสมัครใจของข้าพเจ้าหรือยินดีให้บุคคลในอุปการะของข้าพเจ้าได้รับการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง ณ สถานพยาบาลแห่งนี้โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายอย่างละเอียดจากเจ้าหน้าที่ถึงความหมายและความสำคัญของวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง วิธีและระยะเวลาของการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประโยชน์และความเสี่ยงจากการรักษา

๒. ข้าพเจ้ามีความยินดีรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเต็มระยะเวลาของสูตรยา

๓. ข้าพเจ้ามีความยินดีให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพกำกับการกินยาต่อหน้าอย่างเข้มข้นต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษา

๔. ข้าพเจ้ามีความยินดีให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน

๕. ข้าพเจ้าไม่ได้อยู่ในภาวะตั้งครรถ์ขณะรับการรักษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลแห่งนี้เกี่ยวกับวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น หากเกิดผลกระทบขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิดหรือความบกพร่องของสถานพยาบาล โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเป็นหลักฐาน (กรณีที่ข้าพเจ้าอ่านหนังสือไม่ออก เจ้าหน้าที่ได้อ่านข้อความดังกล่าวให้ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว)

ดังนั้น

( ) ข้าพเจ้า..... สมัครใจเข้ารับการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง ณ สถานพยาบาลแห่งนี้

หรือ

( ) ข้าพเจ้ายินดีให้นาย/นาง/นางสาว..... ซึ่งเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ที่ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองและอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง .สถานพยาบาลแห่งนี้

ลงนาม.....

(.....)

หมายเหตุ: กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือด้านขวา

ลงนามเจ้าหน้าที่

ลงนามพยาน

.....  
(.....)

.....  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ให้ลงนามบันทึกนี้ที่รพศ./รพท.