

# الموافقة على العلاج من داء الدرن (السل)

الإصدار 2 - مايو/أيار 2013

Arabic

- أبلغك طبيبك بوجود أن تخضع لعلاج من داء الدرن (السل). من المهم أن تكمل علاجك من أجل مصلحتك ولمصلحة الأشخاص القريبين منك. يرجى قراءة استمارة الموافقة التالية، والتوقيع عليها للتمكن من مباشرة العلاج من داء الدرن.
- بعد المناقشة، أفهم أن داء الدرن يمكن علاجه وأن هذا يتطلب أن أتلقى العلاج حسبما يتم النصح به إلى أن يكتمل. أهمية الصحة العامة بخصوص داء الدرن تم توضيحها لي وأفهم سبب أهمية إكمال علاجي.
  - استلمت أوراق معلومات حول أدوية داء الدرن بلغة أفهمها. وتم توفير خدمة ترجمة شفوية / شخص لتقديم الدعم الثقافي حسب طلبي.
  - المشاكل الشائعة والآثار الجانبية المرتبطة بهذه الأدوية تم توضيحها لي. أفهم أنني يجب عليّ مراجعة الطبيب أو الممرضة في وحدة مكافحة الدرن في كوينزلاند خلال ساعات العمل، أو مراجعة الطبيب المحلي أو المستشفى العام بعد ساعات العمل إذا حدثت أي آثار جانبية. وإنني على علم بأنه سيتم تعيين ممرضة وحدة مكافحة الدرن للعناية بي. وستقوم هذه الممرضة بزيارتي بانتظام للاطمئنان على سير علاجي، وستكون متواجدة لمناقشة أي مخاوف قد تكون لدي بخصوص علاجي من داء الدرن. وإنني على علم بأن من وظائف وحدة مكافحة الدرن التأكد من إكمالي لجرعات مرضية للعلاج من داء الدرن الذي عندي، وهذا يستلزم ضمان توفير الأدوية وكذلك ضمان تناولي للأدوية حسبما توصف لي.
  - أفهم أنني يجب عليّ مراجعة وحدة مكافحة الدرن في كوينزلاند قبل قيامي بأي سفر.
  - تم إعطائي الفرصة لطرح أي أسئلة حول الدواء. وتمت الإجابة بصورة مقنعة على أي أسئلة قمت بطرحها.

## موافقة

أوافق على أخذ نظام العلاج ضد داء الدرن.

اسم المريض (يرجى الكتابة بخط واضح):

اسم الوالدة) / الوصي (الوصية) (للطفل) أو متخذ القرار البديل (بموجب قانون الوكالات القانونية لعام 1998 وقانون الوصاية والإدارة لعام 2000) (يرجى الكتابة بخط واضح):

التوقيع والتاريخ:

## إفادة المترجم الشفوي

(تتم تعبئتها في حال توفير خدمة ترجمة شفوية / شخص لتقديم الدعم الثقافي)

قمت بتقديم ترجمة شفوية لاستمارة الموافقة هذه (وأي معلومات أخرى تم تقديمها للمرض بواسطة العيادة) بلغة يفهمها المريض، وهي: (يرجى تحديد اللغة)

اسم المترجم الشفوي:

التوقيع والتاريخ:

# CONSENT for Treatment for Tuberculosis

Version 2 – May 2013

Your doctor has informed you that you should receive treatment for tuberculosis. It is important you complete your treatment both for your own benefit and for the benefit of your close associates. Please read the following consent form and sign it so that tuberculosis treatment can proceed.

- Following discussion, I understand tuberculosis can be cured and that this requires that I receive treatment as advised until completion. The public health importance of tuberculosis has been explained to me and I understand why it is important that I complete my treatment.
- I have received fact sheets about Tuberculosis (TB) medications in a language which I understand. An interpreter service / cultural support person was provided as requested by me.
- The common problems and side effects associated with these medications have been explained to me. I understand I should contact a Doctor or Nurse at a Queensland TB Control Unit during office hours, a local doctor or a public hospital after hours should any such side effects occur. I am aware that a TB Control Unit nurse will be assigned to my care. This nurse will regularly visit me to ascertain the progress of my treatment and will be available to discuss any concerns I may have about the management of my tuberculosis. I am aware that it is a function of the TB Control Unit to ensure I complete a satisfactory course of treatment for my tuberculosis and this entails ensuring supply of medications as well as ensuring I take the medications as prescribed.
- I understand that I should contact a Queensland TB Control Unit prior to any travel.
- I was given the opportunity to ask questions about the treatment. Any questions asked have been answered to my satisfaction.

## Consent

I consent to the administration of the treatment regimen for Tuberculosis.

Name of patient (please print): \_\_\_\_\_

Name of parent / guardian (if a child) or substitute decision maker (under the *Powers of Attorney Act 1998* and or the *Guardianship and Administration Act 2000*) (please print):

\_\_\_\_\_

Signature and Date: \_\_\_\_\_

## Interpreter's statement

(To be completed if interpreter service / cultural support person was provided)

I have given a verbal translation of this consent form (and any other information given to the patient by the clinic) in a language that the patient understands, which is:

\_\_\_\_\_ (specify language)

Name of interpreter: \_\_\_\_\_

Signature and Date: \_\_\_\_\_