

اظهار موافقت برای تداوی توبرکلوز

نسخه دوم - می 2013

Dari

- داکتر شما ما را مطلع ساخته است که شما باید برای توبرکلوز تداوی شوید. این بسا مهم است که شما تداوی خود را هم بخاطر نفع خودتان و هم برای نفع وابسته گان نزدیک تان تکمیل نمایید. لطفاً ورقه رضایت ذیلرا خوانده و امضا نمایید تا به تداوی توبرکلوز تان اقدام صورت گیرد.
- متعاقب مباحثه، من میفهمم که توبرکلوز میتواند علاج شود و این نیاز به آن دارد که من تداوی را طبق هدایت الی تکمیل شدن آن دریافت کنم.
 - اهمیت صحی عامه توبرکلوز برای من تشریح شده است و من اهمیت اینرا میفهمم که چرا تداوی خویشرا تکمیل نمایم.
 - من ورقه معلومات در مورد ادویه توبرکلوز را به لسانی که میفهمم دریافت نموده ام. به اثر تقاضای من یک مترجم / کارمند حمایتی فرهنگی برایم تهیه شده بود.
 - مشکلات عمومی و عوارض جانبی وابسته به این دواها برایم تشریح شده است. من میفهمم هرگاهی چنین عوارض جانبی واقع شود باید با یک داکتر یا نرس در واحد کنترول تی بی در کوینزلند در ساعات رسمی، یا با یک داکتر محلی یا شفاخانه عامه در ساعات غیر رسمی به تماس شوم.
 - من آگاه هستم که یک نرس واحد کنترول تی بی برای مواظبت از من موظف میشود. این نرس منظمآ از من دیدار خواهد کرد تا از پیشرفت تداوی ام متیقن شود، و هرگاهی سوالی در مورد برنامه تداوی توبرکلوز خود داشته باشم او برای گفتگو در دسترس قرار خواهد داشت. من آگاهی دارم که یکی از وظایف واحد کنترول تی بی آنست تا متیقن سازد که من دوره تداوی توبرکلوز خویشرا بشکل رضایت بخشی تکمیل میکنم، و این متضمن تهیه و تدارک ادویه بوده و همچنان متضمن اینست که من دواي خویشرا آنطوریکه توصیه شده است میگیرم.
 - من میفهمم که قبل از هر نوع سفر باید با واحد کنترول تی بی کوینزلند به تماس شوم.
 - به من موقع داده شده بود تا در مورد تداوی سوال نمایم. هر نوع سوالی که داشتم طبق رضایتم به من پاسخ داده شد.

موافقت

من موافقت دارم تا برنامه تداوی توبرکلوز برایم اجرا گردد.

اسم مریض (لطفاً به حروف بزرگ بنویسید): _____

اسم والدین / ولی (اگر مریض طفل باشد) یا تصمیم گیرنده جانشین (تحت قانون سال 1998 صلاحیت وکالت و یا قانون سال 2000 قیمومیت و اداره) (*Powers of Attorney Act 1998 and or the Guardianship and Administration Act 2000*) _____

لطفاً به حروف بزرگ بنویسید: _____

امضا و تاریخ: _____

اظهاریه مترجم

(در صورتیکه مترجم / شخص حمایتی فرهنگی در نظر گرفته شده باشد تکمیل شود)
من یک ترجمانی شفاهی از این فورمه رضایت را (و هر نوع معلوماتی را که مرکز صحی به مریض داده است) به لسانی که

مریض میفهمد داده ام. این لسان عبارت است از: _____ (لسان را مشخص سازید)

اسم مترجم: _____

امضا و تاریخ: _____

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: _____