

## رضایت نامه برای درمان سل &lt;تی بی یا توبرکلوز&gt;

نسخه 2-مه 2013

Farsi

- پزشک به شما اطلاع داده است که باید برای بیماری سل <تی بی یا توبرکلوز> تحت درمان قرار بگیرید. بسیار مهم است که دوره درمان را هم برای منفعت خود و هم برای منفعت بستگان و نزدیکان خود تکمیل کنید. جهت شروع درمان بیماری سل <تی بی یا توبرکلوز>، لطفاً فرم رضایت نامه زیر را بخوانید و امضا کنید.
- پیرو صحبت های قبلی، من متوجه هستم که سل <تی بی> قابل درمان بوده و جهت درمان لازم است دوره درمانی خود را طبق توصیه های ارائه شده تکمیل کنم. اهمیت حفظ سلامت عموم در برابر بیماری سل <تی بی> برای من توضیح داده شده است و من علت و اهمیت تکمیل دوره درمان را کاملاً درک می کنم.
  - من برگه های اطلاعاتی در مورد داروهای بیماری سل <تی بی یا توبرکلوز> را به زبان قابل فهم خود دریافت کرده ام. بنا به درخواست من مترجم همزمان/ مددکار فرهنگی در اختیار من گذاشته شد.
  - مشکلات رایج و عوارض جانبی مرتبط با این داروها برای من توضیح داده شده است. متوجه هستم که در صورت وقوع هرگونه عارضه جانبی باید در طول ساعات اداری با پزشک و یا پرستار واحد کنترل سل <تی بی> کونینزند، و یا بعد از ساعات اداری با پزشک محلی و یا بیمارستان دولتی تماس بگیرم. متوجه هستم که یک پرستار از طرف واحد کنترل سل <تی بی> برای مراقبت از من در نظر گرفته خواهد شد. این پرستار بطور مرتب مرا ملاقات کرده تا از پیشرفت روند درمان اطمینان حاصل کرده و بتواند به نگرانی های احتمالی من در رابطه با مدیریت درمان بیماری سل <تی بی> پاسخ دهد. آگاه هستم که از وظایف واحد کنترل سل <تی بی> حصول اطمینان از این است که من بطور رضایتبخش دوره درمانی بیماری سل <تی بی> را تکمیل کنم، و این شامل تأمین داروها و حصول اطمینان از مصرف صحیح داروهای تجویز شده می شود.
  - متوجه هستم که قبل از سفر بایستی با واحد کنترل سل <تی بی> کونینزند تماس بگیرم.
  - به من این فرصت داده شد تا سوالات خود در مورد درمان را مطرح کنم. برای همه سوالات مطرح شده پاسخی رضایت بخش به من ارائه شده است.

## رضایت

من رضایت خود را نسبت به دوره درمان بیماری سل <تی بی> اعلام می کنم.

نام بیمار (لطفاً خوانا بنویسید):

نام ولی/سرپرست (در صورتیکه بیمار کودک باشد) و یا تصمیم گیرنده جایگزین (طبق موازین قانون تنفیذ وکالت مصوبه 1998 و یا قانون سرپرستی و مدیریت امور مصوبه 2000) (لطفاً خوانا بنویسید):

امضاء و تاریخ:

## اظهار نامه مترجم همزمان

(توسط مترجم همزمان/ مددکار فرهنگی پر شود - در صورتی که این خدمات ارائه شده باشد)

من متن این فرم رضایت نامه (به اضافه هر گونه اطلاعاتی که توسط کلینیک به بیمار داده شده است) را بطور شفاهی و بزبان قابل فهم بیمار که زبان زیر است:

(زبان را مشخص کنید)

ترجمه کرده ام.

نام مترجم همزمان:

امضاء 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: \_\_\_\_\_