

الملحق ب: حقوق مرضى السل وواجباتهم

من خلال توقيع هذا الاتفاق، ستحصل على ما يلي بشأن رعاية السل أثناء وجودك في هذه العيادة (العامل بالرعاية الصحية سيتحقق من كل عنصر كما تتم مناقشتها):

الرعاية الصحية

- لن يُطلب منك دفع مقابل اختبارات البلغم أو الاختبارات الطبية أو علاجات السل. كل الخدمات مجانية.
- سنتلقى نصيحة من فريق العيادة بشأن علاجك وصحتك.

الاحترام

- سنتلقى معاملة محترمة عندما تصل إلى هذه العيادة. لن تتغير معاملتك بسبب جنسك أو دينك أو ثقافتك أو حالتك الصحية أو عرقك أو جنسيتك.
- سيتم تبادل معلوماتك الطبية مع العاملين بالرعاية الصحية فقط.

المعلومات

- ستحصل على معلومات عن صحتك والمخاطر التي يتعرض لها أطفالك وعائلتك وأصدقائك وجيرانك وغيرهم بحيث تتمكن من المساعدة على وقايتهم.
- سيتم إخبارك ببرنامج علاجك والمخاطر الشائعة للأدوية التي تتناولها وكيفية السيطرة عليها.
- ستعرف أسماء أدويةك ومقدار ما يجب أن تتناوله من كل منها وكيفية عملها.
- بطاقة مرض السل التي يجب أن تحتفظ بها لعلاجك وسيتم ملؤها في كل مرة تأتي فيها إلى العيادة للإشارة إلى مدى تقدمك.

الدعم

- لك الحق في تقديم شكوى إذا كنت تعاني من أي مشاكل في علاجك.
- لك الحق في السعي للحصول على الدعم والنصيحة وتبادل التجارب والخبرات. يمكنك القيام بذلك في عيادة مرض السل أو مناطق أخرى.

من خلال توقيع هذا الإقرار بالاتفاق ، أنت توافق على ما يلي (العامل بالرعاية الصحية سيتحقق من كل عنصر أثناء مناقشته معك):

العلاج

- يجب أن تأخذ دواءك كما يُشرح لك بالضبط. يجب أن تأخذه كل يوم طوال مدة العلاج (من 6 إلى 8 شهور).
- يجب أن نخبرنا إذا واجهت أي مشاكل مع دوائك أو إذا بدأت تشعر بالتوعك أو إذا فاتتك أي أيام من الدواء أو إذا توقفت عن تناول دواءك لأي سبب.

المعلومات

- يجب أن نخبرنا عن صحتك - في الماضي والآن، بما في ذلك الأمراض والعلاجات والآثار الجانبية التي تعرضت لها فيما مضى حتى يمكننا مساعدتك على أكمل وجه.
- يجب أن نخبرنا عن الأشخاص القريبين منك، بما في ذلك أطفالك وأسرتك وأصدقائك وجيرانك حتى نتحقق من عدم إصابتهم بالمرض.

صحة الأسرة والمجتمع

- يجب أن نخبرنا إذا ظهرت أعراض مرض السل على أسرتك أو جيرانك أو أفراد من مجتمعك.
- يجب أن تطلب من الآخرين الحضور إلى العيادة إذا كنت تعتقد أنهم مصابين بمرض السل.

الاحترام

- عليك أن تحترم مرضى السل الآخرين وخصوصيتهم وكرامتهم.

اسم عضو فريق العمل

اسم المريض

توقيع عضو فريق العمل

توقيع المريض

التاريخ: