****

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................สำนักอนามัย

**หนังสือรับทราบและยินยอมรับการรักษา กินยารักษาวัณโรค/วัณโรคดื้อยา**

ข้าพเจ้า..................................................................................................................อายุ.............................ปี

ป่วยเป็น 🞏 วัณโรค 🞏 วัณโรคดื้อยา

สูตรยาที่ได้รับ................................................................................................................................................................

ระยะเวลาของการรักษา................................................................................................................................................

**แพทย์ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าควรเข้ารับการรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา เพื่อประโยชน์ของตัวข้าพเจ้า สมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนสังคม ชุมชนที่อาศัย ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งนี้ เกี่ยวกับอาการโรควัณโรค ยารักษาวัณโรค/วัณโรคดื้อยา ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงวิธีการปฏิบัติและข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะขอคำปรึกษาการใช้ทางเลือกอื่นในการรักษาได้ตลอดเวลา**

**ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า**

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์/พยาบาลถึงความหมายและความสำคัญของยา วิธีและระยะเวลาของการกินยา อาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประโยชน์และความเสี่ยงจากการกินยาตามเอกสารแนะนำการใช้ยา
2. ข้าพเจ้ายินยอมกินยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาของสูตรยา เป็นเวลา...................เดือน
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดเจ้าหน้าที่ติดตามการเยี่ยมบ้านเป็นประจำเพื่อติดตามความคืบหน้าของการรักษา
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขจัดรูปแบบของกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมกับข้าพเจ้าจนครบกำหนดการกินยา
5. ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการกินยาแก่เจ้าหน้าที่ เช่น

โรคประจำตัว การตั้งครรภ์ เป็นต้น

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ....................................................เจ้าหน้าที่

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

วันที่.......................................................

ลงชื่อ....................................................ผู้รับการรักษา

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

วันที่.......................................................

****

**หนังสือรับทราบและยินยอมรับการรักษา กินยารักษาวัณโรค/วัณโรคดื้อยา**

ศูนย์บริการสาธารณสุข..................สำนักอนามัย

ข้าพเจ้า..................................................................................................................อายุ.............................ปี

ป่วยเป็น 🞏 วัณโรค 🞏 วัณโรคดื้อยา

สูตรยาที่ได้รับ................................................................................................................................................................

ระยะเวลาของการรักษา................................................................................................................................................

**แพทย์ได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบแล้วว่าควรเข้ารับการรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา เพื่อประโยชน์ของตัวข้าพเจ้า สมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนสังคม ชุมชนที่อาศัย ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งนี้ เกี่ยวกับอาการโรควัณโรค ยารักษาวัณโรค/วัณโรคดื้อยา ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงวิธีการปฏิบัติและข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะขอคำปรึกษาการใช้ทางเลือกอื่นในการรักษาได้ตลอดเวลา**

**ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า**

1. ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์/พยาบาลถึงความหมายและความสำคัญ ของยา วิธีและระยะเวลาของการกินยา อาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ประโยชน์และความเสี่ยงจากการกินยาตามเอกสารแนะนำการใช้ยา
2. ข้าพเจ้ายินยอมกินยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาของสูตรยา เป็นเวลา...............เดือน
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้ศูนย์บริการสาธารณสุขจัดเจ้าหน้าที่ติดตามการเยี่ยมบ้านเป็นประจำเพื่อติดตามความคืบหน้าของการรักษา
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขจัดรูปแบบกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมกับข้าพเจ้าจนครบกำหนดการกินยา
5. ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการกินยาแก่เจ้าหน้าที่ เช่น

โรคประจำตัว การตั้งครรภ์ เป็นต้น

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความเข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ....................................................เจ้าหน้าที่

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

วันที่.......................................................

ลงชื่อ....................................................ผู้รับการรักษา

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

วันที่.......................................................

การทำ VOT โดยการส่ง VDO ให้กับจนท.

1. เตรียมยา น้ำ ให้พร้อม
2. ตั้งกล้อง เริ่ม
3. พูด “วันนี้วันที่........เดือน........พ.ศ.2566 ขณะนี้เวลา...............น.

ผม.นาย...........................................เมื่อวานนี้ภายหลังการกินยา ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใด สบายดี วันนี้มีลูกสาวเป็นเพื่อนในการกินยา วันนี้กินยาจำนวน...........................เม็ด “

1. การถ่าย VDO ให้เห็นการกินยา ภายหลังการกินยาครบแล้ว อ้าปาก กระดกลิ้นซ้าย ขวา บน ล่าง เพื่อดูว่ามียาเหลืออยู่ในปากหรือไม่
2. เหลือบตามอง บน ล่าง ซ้ายขวา เพื่อให้ จนท.ดูว่ามีอาการตังเหลือง ตาเหลือง หรือไม่