



პაციენტის თანხმობა
ნამლებისადმი გამძლე (რეზისტენტული) ტუბერკულოზის
მკურნალობის ჩატარებაზე

მე ----- (პაციენტის გვარი, სახელი) ვაცხადებ, რომ ინფორმირებული ვარ ჩემი დიაგნოზის – „მედიკამენტებისადმი გამძლე ტუბერკულოზის“ შესახებ. სრულად მაქვს გააზრებული და ვიღებ მკურნალობასთან დაკავშირებულ ყველა პირობას.

კერძოდ, მე ინფორმირებული ვარ და გააზრებული მაქვს, რომ:

- * ნამლებისადმი გამძლე ტუბერკულოზი სერიოზული დაავადებაა და მოითხოვს სპეციფიკურ მკურნალობას;
- * ნამლებისადმი გამძლე ტუბერკულოზის განკურნების შესაძლებლობის გასაზრდელად საჭიროა გამოყენებულ იქნეს რამდენიმე მედიკამენტი ერთად. ტუბერკულოზის ბაქტერიას ანადგურებს არა ერთი, არამედ რამდენიმე ტუბერკულოზის სანინაალმდეგო ნამლის კომბინაცია. აქედან გამომდინარე, ძალზედ მნიშვნელოვანია, რომ მე მივიღო ექიმის მიერ დანიშნული ყველა ნამალი;
- * დანიშნული ნამლების რაოდენობა დამოკიდებულია ნამლებისადმი მგრძნობელობის ტესტისა და კლინიკური გამოკვლევების შედეგებზე. მგრძნობელობის ტესტი ჩემი მკურნალობის პერიოდში რამდენჯერმე ჩატარდება, ვინაიდან ბაქტერიას გააჩნია ტუბერკულოზის სანინაალმდეგო ნამლებისადმი გამძლეობის განვითარების უნარი. მგრძნობელობის ტესტის შედეგები მკურნალობის განმავლობაში შეიძლება არაერთხელ შეიცვალოს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ჩემი სამკურნალო რეჟიმის შეცვლა მკურნალი ექიმისა და სამედიცინო გუნდის გადანყვეტილებით;
- * თუ რაიმე მიზეზით მე შევწყვეტ მკურნალობას, ბაქტერიამ შეიძლება შეიძინოს რეზისტენტობა (გამძლეობა) დანიშნული ნამლების მიმართ, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს ჩემი განკურნების შანსს;
- * მე უნდა ვიმკურნალო აბასთუმნის საავადმყოფოში ექიმის მიერ განსაზღვრული ვადით. ჩემი მკურნალობა ხანგრძლივია და გულისხმობს როგორც სტაციონარულ (საავადმყოფოში), ასევე ამბულატორიულ (საავადმყოფოს გარეთ) მკურნალობას. საავადმყოფოდან გამოწერის შემდეგ მკურნალობის დარჩენილი კურსის დასრულებისთვის ჩემს საცხოვრებელ ადგილას უნდა არსებობდეს ყოველდღიურად უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის სრული კურსის ჩატარების შესაძლებლობა.
- * ნამლის ყოველი დოზა უნდა მივიღო მედდის უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ;
- * მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის პერიოდში ფეხმძიმობა ძალზედ სა-

შიშია, როგორც დედისთვის, ასევე ბავშვისთვის და ამიტომ მკურნალობის მთელი კურსის განმავლობაში, საჭიროებისამებრ, უნდა გამოვიყენო ჩასახვის საინინალმდეგო სანდო მეთოდი. საჭიროებისას, პროგრამა უზრუნველყოფს კონტრაცეფციის საშუალებების უფასოდ მონოდებას;

* პაციენტი უნდა ვცე საავადმყოფოს შინაგანანესს და სამედიცინო პერსონალის მიერ მოცემულ ინსტრუქციებს. არ უნდა ვიქცეოდე აგრესიულად, ვინაიდან ეს ხელს შეუშლის წარმატებულ მკურნალობას და ასევე საშიშროებას შეუქმნის საავადმყოფოს პერსონალს და სხვა პაციენტებს;

* ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებამ შეიძლება გაზარდოს ჩემთვის დანიშნული მედიკამენტების ტოქსიკურობა და შეამციროს ჩემი განკურნების შანსი;

* მთელი კურსის განმავლობაში მკურნალობა უფასოა.

მე გაცნობიერებული მაქვს, რომ წინამდებარე ფორმაზე ხელმოწერით თანხმობას ვაცხადებ მკურნალობის ხანგრძლივი კურსის ჩატარებაზე. ასევე ინფორმირებული ვარ, რომ ზოგიერთი ნამლის გამოყენებას თან ახლავს გვერდითი მოვლენების განვითარება, რომელთა თაობაზე მომანოდეს დეტალური ინფორმაცია. მე მზად ვარ, შევასრულო ექიმის დანიშნულება გვერდითი მოვლენების დასაძლევად და ბოლომდე მივიყვანო მკურნალობა. ამასთან, ინფორმირებული ვარ, რომ ჩემი მკურნალი ექიმი და სამედიცინო გუნდი მომანვდიან ინფორმაციას მკურნალობის პერიოდში ნებისმიერი ცვლილებების შესახებ და დამეხმარებიან მკურნალობის დასრულებაში.

მე მესმის და პაციენტის ცემით ვეკიდები გადაწყვეტილებას ჩვენი განყოფილების იზოლაციის შესახებ, რაც დაიცავს როგორც პაციენტებს, ასევე სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტების მნახველებს ინფექციისაგან. ვიღებ ვალდებულებას, ავუკრძალო ჩემს ყველა მნახველს დამცავი ნიღბის გარეშე განყოფილებაში შემოსვლა.

მე ვაღიარებ, რომ ჩემს მიერ შეთანხმების პირობების დარღვევამ შეიძლება გამოიწვიოს ხელშეკრულების გაუქმება და შედეგად ჩემი გარიცხვა სამკურნალო პროგრამიდან. ასევე გაცნობიერებული მაქვს ის შედეგები, რასაც მოუტანს ასეთი ქმედება ჩემს ჯანმრთელობასა და ოჯახს.

მე გავცადანი განყოფილების შინაგანანესს და თანახმა ვარ, დავიცვა იგი საავადმყოფოში ყოფნის პერიოდში.

პაციენტი _____

მკურნალი ექიმი _____

ოჯახის წევრი _____

კონსულტანტი მკურნალობისადმი

თარიღი _____

დამყოლობის საკითხებში _____

500.