

## Giấy Chấp Thuận Để Điều Trị Lao

Đây là điều cho quý vị biết rằng sự điều trị của bệnh lao. Có những khó khăn và nguy cơ trong lúc uống thuốc lao.

Những viên thuốc này sẽ ngưng sự sanh sôi của vi trùng lao trong cơ thể của quý vị. Thuốc này cần phải uống mỗi ngày nhiều lần tới một năm.

Tên Thuốc	Những Điều Có Thể Xảy Ra	Ghi Chú	Tên Họ Tắt Của Bệnh Nhân	Tên Họ Tắt Của Nhân Viên
<input type="checkbox"/> <b>INH</b> Isoniazid	Rất mệt mỏi; biếng ăn; nước tiểu đậm (như cà-phê); phân lợt màu; mắt hoặc da vàng; ngứa như có kiến bò ở tay và chân.	 <b>Chú Ý:</b> Không được uống rượu, bia. Tránh dùng thuốc Tylenol (Acetaminophen)		
<input type="checkbox"/> <b>RIF</b> Rifampin	Rất mệt mỏi; biếng ăn; nước tiểu đậm (như cà-phê); phân lợt màu; mắt hoặc da vàng; nổi ban; có triệu chứng như cảm cúm, ngứa ngực; dễ bầm. <b>Chất loãng trong cơ thể trở nên màu cam (như là nước mắt, nước tiểu, mồ hôi).</b>	 <b>Chú Ý:</b> Không nên uống rượu, bia. <b>Thuốc ngừa thai có thể không tác dụng; dùng kế hoạch khác, như túi bao dương vật.</b> Kính contact có thể bị nhiễm màu.		
<input type="checkbox"/> <b>PZA</b> Pyrazinamide	Rất mệt mỏi; biếng ăn; nước tiểu đậm (như cà-phê); phân lợt màu; mắt hoặc da vàng, nhức khớp, buồn nôn.	 <b>Chú Ý:</b> Không uống rượu, bia		
<input type="checkbox"/> <b>EMB</b> Ethambutol	Quý vị có thể gặp trở ngại nhìn màu đỏ và xanh lá cây, chúng có thể nhìn như màu xám; mắt bị mờ; nổi ban.	 <b>Chú ý:</b> Nếu quý vị có cảm giác thị quan thay đổi, báo cáo cho nhân viên y-tế biết ngay.		



Ngưng uống thuốc NGAY và gọi nhân viên phụ trách y tế số \_\_\_\_\_ nếu quý vị có những dấu hiệu liệt trên. Nhân viên y tế sẽ theo dõi hằng tháng cho những dấu hiệu này. Quý vị cần phải báo cáo cho nhân viên y tế biết nếu quý vị đang có bất cứ trở ngại gì với thuốc của quý vị đang uống, không được khỏe, hoặc đang uống thuốc khác. Báo cho nhân viên y-tế biết nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đã có thai.

\_\_\_\_\_  
Tên, họ tắt của nhân viên y tế

\_\_\_\_\_  
Tên, họ tắt của bệnh nhân

Tôi đã đọc mẫu giấy này hoặc đã được giải thích cho tôi về việc uống thuốc lao. Tôi có cơ hội được hỏi nhân viên y tế những thắc mắc liên hệ với sự điều trị của tôi. Tôi tin rằng tôi đã hiểu sự ích lợi và nguy cơ của việc uống thuốc. Tôi đồng ý và muốn uống thuốc để điều trị bệnh lao của tôi.

\_\_\_\_\_  
Họ, và tên

\_\_\_\_\_  
Ngày, tháng, năm sanh

\_\_\_\_\_  
Ngày hôm nay

\_\_\_\_\_  
Ký tên

\_\_\_\_\_  
Nhân chứng/Nhân viên y tế

