

# ÉTAT DU MARYLAND

## CONSENTEMENT DU PATIENT ATTEINT DE TUBERCULOSE/DU PRESTATAIRE

Nom du patient \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Dossier n° \_\_\_\_\_

- Je sais que je suis atteint(e) de tuberculose présumée ou confirmée (TB).
- La TB peut se transmettre à autrui en toussant, en parlant ou en chantant.
- Le traitement de la TB implique la prise de plusieurs médicaments et ce, pendant longtemps.
- Mon médecin doit signaler ma TB au ministère de la Santé.
- La tâche du ministère de la Santé est de s'assurer que ma TB soit traitée.
- Je sais que le ministère de la Santé peut entamer une procédure judiciaire si je ne suis pas les conseils de mon médecin en ce qui concerne mon traitement antituberculeux.

### Responsabilités du patient

#### Je suis responsable de ce qui suit :

- fixer un rendez-vous périodique avec la clinique pour obtenir mes médicaments antituberculeux ;
- prendre mes médicaments antituberculeux, tous les jours, comme on m'a dit de le faire ;
- appeler la clinique en cas de problèmes avec mes médicaments antituberculeux ;
- fournir à mon médecin ou mon infirmière des informations complètes et honnêtes lorsque l'on me pose des questions sur mes maladies passées ou actuelles, ou sur les médicaments que je prends ;
- conserver mon rendez-vous pour mon traitement antituberculeux ;
- dire à la clinique aussitôt que possible si je ne peux pas conserver un rendez-vous et prendre ensuite un nouveau rendez-vous ;
- informer la clinique de quiconque ayant pu être exposé à ma TB ;
- faire preuve de coopération quant aux tests (expectoration, radiographie pulmonaire, etc.) pertinents à mon traitement antituberculeux ;
- faire connaître à la clinique tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone.

### Responsabilités du prestataire

#### Je suis responsable de ce qui suit :

- expliquer clairement la maladie de la tuberculose (TB) et ses risques pour vous et tous ceux avec qui vous êtes en contact, notamment votre famille ;
- répondre aux questions sur votre traitement et vos médicaments antituberculeux ;
- fournir tous les soins médicaux liés à votre TB ;
- vous informer de tout changement dans votre état de santé (test en laboratoire, radiographies, etc.) ;
- m'assurer que vous recevez vos médicaments antituberculeux à l'heure convenue.

### Consentement de traitement

- J'ai lu ou demandé à quelqu'un de me lire le présent consentement, il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées et j'en ai reçu un exemplaire à conserver.
- Je sais que l'on m'a administré des médicaments pour guérir ma TB.
- Je sais aussi que, comme la TB peut se transmettre à autrui, il vaut mieux, pour ma santé et celle des autres, que je prenne mes médicaments antituberculeux.
- J'accepte de suivre les ordres du médecin pour le traitement antituberculeux et de prendre mes médicaments antituberculeux.

Signature du Patient ou Parent/Tuteur  
(Patient or Parent/Guardian Signature

DATE  
DATE

Signature du prestataire  
Provider Signature

DATE  
DATE)