**(ตัวอย่าง) แบบแสดงความยินยอมการเข้ารับการรักษาวัณโรคดื้อยา**

**BPaL(M)-06**

**ด้วยสูตรยา**

**วันที่ให้คำยินยอม** วันที่ เดือน พ.ศ.

**ชื่อสถานพยาบาล**

เอกสารฉบับนี้เป็นเอกสารแสดงถึงความยินยอมโดยสมัครใจของข้าพเจ้าในการเข้ารับการรักษาวัณโรคดื้อยา ด้วยสูตรยา ซึ่งประกอบไปด้วยตัวยาดังนี้

1. เบดาควิลีน (Bedaquiline) ขนาดยา มิลลิกรัม
2. พรีโตมานิด (Pretomanid) ขนาดยา มิลลิกรัม
3. ไลนิโซลิด (Linezolid) ขนาดยา มิลลิกรัม
4. มอกซิฟลอกซาซิน (Moxifloxacin) มิลลิกรัม
5. อื่นๆ (ระบุชื่อและขนาดยา)

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์ถึง ความหมาย และความสำคัญของวัณโรคดื้อยา วิธี  
และระยะเวลาของการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและความเสี่ยงจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยสูตรยา โดยละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมเข้ารับการรักษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเต็มระยะเวลาของสูตรยา
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพกำกับการกินยาต่อหน้าต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษา
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนตัวด้านสุขภาวะสุขภาพที่อาจมีผลต่อการรักษา แก่เจ้าหน้าที่ เช่น ภาวะการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว เป็นต้น

ทั้งนี้ หากเกิดผลกระทบขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้ามีสิทธิจะขอคำปรึกษาการใช้ทางเลือกอื่นในการรักษาได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความในเอกสารแนะนำในการใช้ยาสำหรับผู้เข้ารับการักษาแล้ว (กรณีที่ข้าพเจ้าอ่านหนังสือไม่ออก บุคลากรทางการแพทย์ได้อ่านข้อความดังกล่าวให้ข้าพเจ้าทราบแล้ว) และมีความเข้าใจดีทุกประการ

ดังนั้น ข้าพเจ้ามีความยินยอมโดยสมัครใจเข้ารับการรักษาวัณโรคดื้อยา ด้วยสูตรยา

ลงนาม ผู้ยินยอม

( )

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ: กรณีลงลายมือชื่อไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วแทน

ลงนาม บุคลากรณ์ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา

( )

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงนาม พยาน

( ) (ถ้ามี)

วันที่ เดือน พ.ศ.