

လူနာ သဘောတူညီချက် ပုံစံ- ယူဆောင်သွားမည့် မက်သဒုန်း ဆေးခွက်ချိန်များ

လူနာ အမည်-

မွေးသက္ကရာဇ်-

 / /

မက်သဒုန်းသည် ဘေးကင်းလုံခြုံစွာနှင့် တာဝန်ရှိသော နည်းလမ်းဖြင့် သုံးစွဲလျှင် ထိရောက်သော ဆေးဝါးတစ်မျိုး ဖြစ်ပါသည်။ သို့သော်လည်း မတော်တရားသို့ သုံးစွဲသည့်အခါ မက်သဒုန်းသည် ပြင်းထန်သည့် ထိခိုက်နစ်နာမှု သို့မဟုတ် သေဆုံးမှုကိုပင် ဖြစ်ပွားကောင်း ဖြစ်ပွားနိုင်ပါသည်။ ဗစ်တိုးရီးယားပြည်နယ် မူဝင်းဆရာဝန်ကြီး ရုံးခန်းမှ ဖော်ထုတ်ခဲ့သည်မှာ 2010 ခုနှစ်မှ 2013 ခုနှစ် အထိတွင် ယူဆောင်သွားမည့် မက်သဒုန်း ဆေးခွက်ချိန်နှင့်ဆက်နွယ်သည့် ဗစ်တိုးရီးယားပြည်နယ် သေဆုံးမှုပေါင်း 147 မှု ရှိပါသည်။ (89 မှုတွင် သေဆုံးသူများသည် မိမိတို့၏ကိုယ်ပိုင် ယူဆောင်သွားမည့် ဆေးခွက်ချိန်ကို သုံးစွဲခဲ့သည်။ 58 မှုတွင် သေဆုံးသူများသည် တစ်စုံတစ်ဦး၏ ယူဆောင်သွားမည့် ဆေးခွက်ချိန်ကို သုံးစွဲခဲ့သည်။)

ဤသဘောတူညီချက်မှာ ယူဆောင်သွားမည့် ဆေးခွက်ချိန်များနှင့် ဘေးကင်းလုံခြုံရေး အကြောင်းဖြစ်သည်။ ၎င်းသည် သင့် အတွက် ဆေးညွှန်းပေးလိုက်သော ယူဆောင်သွားမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို သင့်ကိုယ်တိုင်နှင့် အခြားသူများ၏ လုံခြုံရေးကိုကာကွယ်ပေးရန် တာဝန်ယူရမည့် သင့် အကြောင်းဖြစ်သည်။

1. ကျွန်ုပ်၏ မက်သဒုန်း ဆေးခွက်ချိန်မှာ ကျွန်ုပ်၏ ဘိန်းခံနိုင်စွမ်း အဆင့်အပေါ် အခြေခံ၍ ကျွန်ုပ်အတွက်သာ ဆေးညွှန်းပေးထားသည်။ အကယ်၍ တစ်ဦး တစ်ယောက်က ကျွန်ုပ်၏ ဆေးခွက်ချိန်ကို သောက်သုံးလျှင် သူတို့သည် ဆေးခွက်ချိန်လွန်ကဲမှု သို့မဟုတ် သေဆုံးမှုပင် ဖြစ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။
2. ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များမှာ အလိုအလျောက်ရရှိသည့် အခွင့်အရေး တစ်ရပ် မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် သိရှိပါသည်။
3. ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို အကယ်၍ ကျွန်ုပ်၏ ဆေးညွှန်းပေး သူက ကျွန်ုပ်မှာ ခံနိုင်ရည်ရှိပြီး အမှန်အကန် လိုအပ်မှု (အလုပ် သို့မဟုတ် ပညာသင် တို့ကြောင့် ဆေးအရောင်းဆိုင်သို့ မသွားရောက် နိုင်သည့်ကိစ္စ၊ အရေးပေါ် ခရီးထွက်ခြင်း သို့မဟုတ် ဆေးအရောင်းဆိုင် ပိတ်သည့်ကိစ္စ) ရှိနေကြောင်း စိစစ်ခဲ့မှသာလျှင် ပေးအပ်မည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည် ပါသည်။
4. ကျွန်ုပ် လက်ခံရရှိသည့် ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို ကျွန်ုပ်၏ ဆေးညွှန်းပေးသူက (ကျွန်ုပ်၏ ဆေးဝါးပေးပညာရှင်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့အား ဆွေးနွေးခြင်းဖြင့်) ကျွန်ုပ်၏ ဆေးခွက်ချိန်များကို ဘေးကင်းစွာ သို့မဟုတ် တာဝန်သိစွာ စီမံရာ၌ ကျွန်ုပ်၏ အရည်အချင်းနှင့်ပတ်သက်၍ စိုးရိမ်ကြောင်း စိစစ်တွေ့ရှိသည့်အခါ လျှော့ချလိုက်နိုင်ကြောင်း သို့မဟုတ် ဖယ်ရှားလိုက်နိုင် ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
5. ကျွန်ုပ်၏ ယူဆောင်သွားမည့် မက်သဒုန်း ဆေးခွက်ချိန်ကို မည်သူနှင့်မျှ မဝေမျှရန် အရေးကြီးကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ အဘယ်ကြောင့် ဆိုသော် ဆေးခွက်ချိန်လွန်ကဲမှု အန္တရာယ် ရှိကြောင်းကြောင့်ဖြစ်သည်။
6. ကျွန်ုပ်၏ ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို လုံခြုံစွာ ထားသိုရန် အရေးကြီးကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များ ကိုလုံခြုံစွာ ထားသိုခြင်းတွင် ပါဝင်သည်မှာ-
 - ကားများ၊ အများပြည်သူသယ်ယူပို့ဆောင်ရေး၊ လေယာဉ်ပျံ၊ အများပြည်သူနေရာများ စသဖြင့် တို့တွင် ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို မျက်စိအောက်တွင်မရှိပဲ မထားရန်ရန်
 - ယူဆောင်သွားမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို တစ်စုံတစ်ဦးက မြင်နိုင်သော သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကို ရယူနိုင်သော နေရာ (ဥပမာ၊ ရေခဲသေတ္တာ၊ အိတ်အတွင်း၊ တန်းပေါ် သို့မဟုတ် ခုံတန်းရှည်ပေါ် မထားရန်) တွင် မထားရန်ရန်
 - ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို သော့ခတ်ထားရန် အတွက် သေချာစေရန် (ဥပမာ- စီရို၊ အဲဆွဲ၊ ငွေသေတ္တာ (သို့) မီးခံသေတ္တာ အတွင်း)
 - ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို ကလေးများ လက်လှမ်း မမီသောနေရာတွင် အချိန်တိုင်း ထားရှိရန်
7. ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်အား ပေးအပ်သည့် ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန် အားလုံးအတွက် အပြည့်အဝ တာဝန်ယူရန် သဘောတူညီအပြင် ပျောက်ဆုံး သို့မဟုတ် ခိုးခံရသည့် ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များ သို့မဟုတ် ကြိုတင် သုံးစွဲလိုက်သည့် ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက်ချိန်များကို ပြန်လည်အစားထိုး မပေးကောင်း မပေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။
8. အကယ်၍ ကျွန်ုပ်အား နလိုဇုန်း [naloxone] ဆေးညွှန်းပေး ထားလျှင် ဖြစ်နိုင်သော (မက်သဒုန်း အပါအဝင်) ဘိန်းဆေးခွက်ချိန်လွန်ကဲမှုကို ပြန်ဖြေရန် အတွက် ၎င်းကို မည်သို့အသုံးပြုကြောင်း လေ့လာရန် ကျွန်ုပ် လိုအပ်မည် ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
9. အကယ်၍ ကျွန်ုပ်သည် ဤသဘောတူညီချက် အစိတ်အပိုင်း တစ်ခုခုကို မလိုက်နာလျှင် ကျွန်ုပ်အား ဆေးညွှန်းပေးထားသည့် ယူဆောင်သွားရမည့် ဆေးခွက် ချိန်များကို ကျွန်ုပ်၏ ဆေးညွှန်းပေးသူက လျှော့ချကောင်း လျှော့ချနိုင်သည့် သို့မဟုတ် ရပ်ဆိုင်းကောင်း ရပ်ဆိုင်းနိုင်သည့်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အကယ်၍ သင့်တွင် ကုသမှုနှင့်ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ (သို့) စိုးရိမ်မှုများ တစ်ခုခု ရှိလျှင် ၊ ပြဿနာတစ်ခုကို သင် ကြုံတွေ့နေရလျှင်၊ လွတ်လွတ်လပ်လပ် အကြံဉာဏ် သို့မဟုတ် အထောက်အပံ့ကို သင် လိုအပ်လျှင်၊ သင့် ဆေးဝါးပေးပညာရှင်နှင့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများက သင့်အား မမျှတ ဆက်ဆံသည်ဟု ခံစားရလျှင် - Pharmacotherapy Advocacy, Mediation and Support (PAMS) ဝန်ဆောင်မှုကို ဖုန်း 1800 443 844 ဖြင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။ (ဖွင့်ချိန် 10am-6pm, တနင်္လာ မှ သောကြာ)။

လူနာ ထိုးမြဲလက်မှတ် _____ ရက်စွဲ / /

ဆေးညွှန်းပေးသူ- _____ ရက်စွဲ / /