

## 多重抗藥性結核病個案接觸者之潛伏結核感染治療衛教 及直接觀察治療(DOPT)同意書

接受治療者：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

性別：\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染檢驗(結核菌素皮膚測驗或丙型干擾素釋放試驗)結果，並經由醫師評估顯示，目前您(或您的小孩)有潛伏結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染治療，預防發病之保護力可達 9 成以上，除可有效降低將來發病傳染給他人外，也可減少發病後需面對治療服藥時間較長、藥品種類較多及副作用較大的可能。

治療應注意事項如下：

- 一、目前多重抗藥性結核病接觸者潛伏感染治療處方為 fluoroquinolone 類藥物 (levofloxacin 或 moxifloxacin)單方或合併其他一種藥物(如 ethambutol、prothionamide、cycloserine)治療 9 個月。請配合抗藥性結核病醫療照護體系醫院安排，接受由關懷員關懷服藥，以達到服藥不忘記，安全地完成治療，發揮潛伏結核感染治療最大效益，減少日後發病風險。
- 二、治療過程中，請每月回診進行追蹤，如有任何不舒服(關節肌肉骨骼痠痛、失眠、噁心嘔吐、頭暈、頭痛、心悸、皮膚疹、疲倦、腸胃不適、眼白及皮膚變黃、急性過敏反應等症狀)，請通知關懷員、衛生所護理人員或醫院結核病個管師，儘速安排返診，由醫師判斷是否繼續服藥或其他處置。
- 三、如果本單張未能解答您的問題，或您讀後仍有任何疑慮，請隨時向關懷員、醫師或護理人員查詢。

本人授權\_\_\_\_\_醫院(抗藥性結核病醫療照護體系醫院)下設立之都治關懷站保管本人潛伏結核感染治療藥品，並由關懷員關懷送藥，接受直接觀察治療服務。

備註：

1. 傳染病防治法第 48 條：曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
2. 未成年者應有法定代理人同意簽名。

### 直接觀察治療(DOPT)同意書

基於上述聲明：

- 同意                      本人 \_\_\_\_\_ (簽名)
- 不同意                     法定代理人\_\_\_\_\_ (簽名)

與接受治療者之關係：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日