縣市衛生局都治（DOTS）計畫同意書

（範例）

本人 _____，身分證字號_____，性別 _____，民國___年___月___日生，茲因罹患結核病（含疑似），為保護親朋好友同事等，並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助、關懷下按規服藥，完成至少六個月（含）以上的藥品治療，以治癒此病。

世界衛生組織強力推薦每一位服用抗結核藥的個案均應實施直接觀察治療，藉由經過訓練並且客觀的關懷員執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」，關懷員送藥前由都治站藥師及公衛管理人員等專業人員進行多重確認與包裝以確保用藥正確，且都治站均有配置專門用於存放藥品之藥櫃，確保藥品能保存於適當之溫度與濕度之下，可避免藥品潮解並產生無效。

關懷送藥除了確保病人真正服用藥品外，更藉由這段期間與病人溝通與觀察病人是否有其他症狀、藥物副作用可以協助提早通知診療醫師處理，減少病人不適感，陪同病人(及其家屬)渡過漫長治療期。

本人授權_____縣/市衛生局下設立之都治關懷站保管本人之抗結核治療藥品，並每日由關懷員送藥/本人至指定地點，進行直接觀察治療。

立　書　人 _____（簽名）

或法定代理人 _____（簽名）

中華民國 _____年 _____月 _____日

備註：1. 傳染病防治法第 43 條：傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，不得拒絕、規避或妨礙。

2.個案為無行為能力人或限制行為能力人時，請其法定代理人代為同意後執行。

3.痰陰性病人接受療程首兩個月關懷送藥服務後，若病情穩定持續呈陰性，依公共衛生考量，兩個月後可改以自行管理方式服藥

Consent Form for Health Bureau's DOTS program

(Example)

I, _____, _____, _____, _____

(Full name) (ID) (Gender) (Date of birth (yyyy/mm/dd))

(may) have been diagnosed with tuberculosis. In order to protect my relatives, friends, co-workers, and so on, and also keep myself healthy, I agree to receive examination, take my TB medication as ordered via DOTS workers' assistance and observation, to complete treatment for at least a 6-month course of a combination of antibiotics.

World Health Organization (WHO) strongly recommends each of patients who takes anti-tuberculosis drugs should receive Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) service, which served by trained and objective caregivers (i.e. DOTS workers). Before DOTS workers deliver drugs to me, all prescribed TB drugs will be packaged and reconfirmed by pharmacists or public health managers to ensure that the correct medicine is supplied. Bedsides, all my drugs would be stored under appropriate temperature and humidity in specialized medicine cabinet(s) at DOTS sites.

Delivering drugs by DOTS workers can help to make sure that my drugs are given directly in a safe manner. DOTS workers can assist to inform my doctor earlier to reduce my discomfort if side effects occurred during treatment, accompanying me (and my family members) to get through the long length of treatment.

I hereby authorize DOTS sites set by _____ county/ city's public health bureau/ department of health to keep my anti-tuberculosis drugs, and deliver drugs by DOTS workers/ I would leave for designated place to receive drugs daily.

Signature: _____

Statutory agent's signature: _____

Date (yyyy/mm/dd): _____

Note:

1. Communicable Disease Control Act Article 43 (abstract): Patients or suspected patients with communicable diseases and relevant personnel shall not refuse, evade or obstruct the laboratory testing, diagnosis, investigation and management mentioned in the preceding Paragraph.
2. Case who has no or is limited in capacity to make juridical acts should get statutory agent's permission firstly, then execute the DOTS.

Surat Persetujuan Proyek DOTS Biro Kesehatan Pemerintah Kabupaten dan Kota

(Contoh)

Saya_____ , nomor KTP_____ , jenis kelamin_____ , kelahiran tanggal___ bulan___ tahun___ , menderita (termasuk diduga) penyakit TBC. Untuk melindungi kerabat, teman, rekan kerja dan lainnya, serta untuk menjaga kesehatan saya, saya bersedia untuk bekerja sama melakukan pemeriksaan dan pengobatan. Saya akan menjalani pengobatan dan meminum obat sesuai peraturan dan bantuan dari perawat. Saya akan menyelesaikan pengobatan dalam kurun waktu setidaknya enam bulan ke atas untuk menyembuhkan penyakit ini.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sangat menyarankan agar setiap kasus pasien yang menggunakan obat anti tuberkulosis harus menjalani pengamatan dan pengobatan langsung oleh perawat terlatih profesional dengan prinsip "antar obat ke tangan pasien, pasien menelan obat, meninggalkan pasien setelah obat telah tertelan." Sebelum perawat mengantarkan obat, para profesional seperti apoteker dan petugas pusat kesehatan masyarakat di Stasiun DOTS akan mengkonfirmasi, mengemas, dan memastikan bahwa obatnya benar. Stasiun DOTS dilengkapi dengan lemari obat penyimpan obat-obatan agar obat-obatan tersimpan dalam suhu dan kelembaban yang sesuai untuk menghindari obat-obatan melembap dan kehilangan efek.

Selain mengantarkan obat dan memastikan bahwa pasien meminum obat dengan benar, perawat juga akan mengamati dan memberi tahu dokter seketika mungkin bila pasien ada gejala lain atau efek samping terhadap obat yang diminum. Perawat juga akan berkomunikasi dengan pasien, sebisa mungkin mengurangi ketidaknyamanan pasien, dan menemani pasien (serta keluarganya) menjalani masa pengobatan yang panjang ini.

Saya_____memberi wewenang kepada Stasiun DOTS Biro Kesehatan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk menyimpan obat pengobatan anti tuberkulosis saya, serta memberikan wewenang kepada perawat untuk mengantarkan obat/Saya ke tempat yang ditentukan setiap hari untuk observasi dan pengobatan langsung.

Yang membuat persetujuan_____ (Tanda Tangan)

atau diwakili oleh_____(Tanda Tangan)

Tanggal___ Bulan___ Tahun___, Taiwan R.O.C

Catatan:
1. Pasal 43 Undang-Undang tentang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular: Pasien dengan penyakit menular atau diduga mengidap penyakit menular dan personel terkait tidak boleh menolak, menghindari atau menghalangi pemeriksaan, diagnosis, dan penyelidikan terhadap penyakit yang terdiagnosis tersebut sebelumnya.
2. Jika kasusnya adalah orang yang lumpuh atau orang dengan kebutuhan khusus, mintalah persetujuan dari wali hukum kasus tersebut baru lanjut menjalankan prosedur selanjutnya.
3. Pasien sputum negatif yang telah menjalani dua bulan pertama pengobatan dengan perawatan dan pemberian obat langsung, jika kondisinya stabil dan hasil pemeriksaannya terus negatif, sesuai dengan pertimbangan kesehatan masyarakat, dapat beralih ke pengobatan mandiri setelah dua bulan. .

Giấy chấp thuận kế hoạch Douzhi của Phòng Y tế huyện/tỉnh (DOTS)

Bản mẫu

Tôi là_____,số chứng minh_____,giới tính_____,
Sinh ngày __tháng__ năm ___ Dân quốc , bệnh lao(gồm có khả năng), vì để bảo vệ sức khỏe người thân bạn bè đồng nghiệp và những người khác,cũng như của cá nhân, đồng ý phối hợp kiểm tra và chữa trị ,dưới sự quan tâm giúp đỡ của nhân viên chăm sóc, sẽ dùng thuốc và điều trị theo đúng quy định.
Hoàn thành thuốc trong ít nhất sáu tháng (bao gồm cả) để điều trị khỏi bệnh.
Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo mọi trường hợp dùng thuốc chống lao phải được điều trị và theo dõi trực tiếp.

Với những nhân viên chăm sóc được đào tạo bài bản khách quan về thực hiện "đưa thuốc đến tận tay, đưa thuốc vào miệng, nuốt rồi mới đi",
Nhân viên chăm sóc trước khi đưa thuốc cần thông qua tạm thuốc Duzhi của bác sỹ và người quản lý hoặc nhân viên chuyên nghành xác định lại nhiều lần đảm bảo đúng thuốc và đóng gói, Trạm Duzhi được trang bị một tủ thuốc bảo quản đặc biệt, để thuốc giữ ở nhiệt độ và độ ẩm thích hợp, tránh tình trạng bị mất tác dụng của thuốc,

Nhân viên chăm sóc ngoài phụ trách đưa thuốc và đảm bảo bệnh nhân thật sự sử dụng thuốc ra còn cần quan tâm trò chuyện và quan sát bệnh nhân còn có những biểu hiện nào khác hay không,nếu có tác dụng phụ của thuốc nên thông báo sớm cho bác sỹ điều trị sử lý, giảm cảm giác khó chịu cho người bệnh, cùng người chăm sóc bệnh nhân(hoặc người nhà) vượt qua quá trình điều trị dài.

Tôi_____ Ủy quyền cho Trạm Chăm sóc và Chăm sóc DouZhi trực thuộc phòng y tế quận / thành phố giữ thuốc điều trị chống bệnh lao của tôi, và nhân viên chăm sóc sẽ giao thuốc cho tôi và đưa tôi đến nơi được chỉ định hàng ngày để theo dõi và điều trị trực tiếp.

Người viết đơn kí_____ (kí tên)

Hoặc người hợp pháp đại diện_____(kí tên)

Ngày ___tháng___năm __Cộng hòa dân quốc

Ghi chú:

1. tại khoản 43 Điều Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm quy định: Người bệnh mắc bệnh truyền nhiễm,hoặc nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm và những người có liên quan không được từ chối, trốn tránh, cản trở việc khám, chẩn đoán, điều tra và xử lý theo quy định.
2. Nếu là người không có khả năng hoặc có hạn chế năng lực, có thể mời người đại diện hợp pháp đồng ý để tiến hành.
3. Đối với bệnh nhân âm tính sau hai tháng đầu tiên chấp nhận theo điều trị chăm sóc giao thuốc , nếu tình trạng ổn định tiếp tục là âm tính, và đủ điều kiện về sức khỏe cộng đồng , sau hai tháng họ có thể chuyển sang tự quản lý thuốc và dùng thuốc điều trị.

หนังสือยินยอมให้สำนักอนามัย (DOTS)

(ตัวอย่าง)

ข้าพเจ้า _____เลขประจำตัวประชาชน_____เพศ _____ วันเดือนปีเกิด_____เนื่องจากติดเชื้อวัณโรค (หรือใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ) เพื่อป้องกันคนรอบข้าง เพื่อนร่วมงานและตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง จึงยอมรับและตกลงการตรวจรักษา ความช่วยเหลือ การดูแล และรับประทานยาภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยจะทานยาให้ครบอย่างน้อยหกเดือน (รวมหกเดือน) จนกว่าอาการจะหายเป็นปกติ

องค์การอนามัยโลกแนะนำเป็นอย่างยิ่งให้ผู้ใช้ยารักษาวัณโรครักษาและด้รับการสังเกตการณ์โดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติตามนโยบาย "ส่งยาถึงมือ ทานยาเข้าปาก แล้วกลืนลงไป" ก่อนที่ผู้เชี่ยวชาญจะจัดส่งยาให้ผู้ป่วย เภสัชกรและผู้จัดการฝ่ายสาธารณสุขที่ “สถานีตูจิ” จะยืนยันและคำนวณปริมาณยาเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างถูกต้องนอกจากนี้“สถานีตูจิ”ยังมีตู้ยาสำหรับจัดเก็บยาโดยเฉพาะเพื่อให้สามารถเก็บยาได้ภายใต้อุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้ยาละลายและสูญเสียประสิทธิภาพ

นอกจากการดูแลและการนำส่งยาให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้ว ขณะนี้อนามัยฯยังติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และสังเกตการณ์ว่าผู้ป่วยมีอาการและผลข้างเคียงจากยาอื่นๆ หรือไม่ เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบล่วงหน้าและลดความกังวลใจของผู้ป่วย ทั้งยังดูแลผู้ป่วย(และครอบครัวของเขา) ตลอดระยะเวลาการรักษา

ข้าพเจ้าอนุญาตให้ สำนักอนามัยของ_____ จัดยารักษาวัณโรคให้ข้าพเจ้า โดยผู้เชี่ยวชาญจะส่งยาไปยังสถานที่ที่ระบุไว้ทุกวันเพื่อการสังเกตและรักษาโดยตรง

ผู้ป่วย _____ (เซ็นชื่อ)

หรือตัวแทนตามกฎหมาย _____ (เซ็นชื่อ)

วัน/เดือน/ปี_____ (ตามปีไต้หวัน)

ข้อสังเกต:

1. ตามมาตรา 43 ของกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ: ผู้ป่วยโรคติดเชื้อหรือสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องไม่ปฏิเสธ หลบเลี่ยง หรือขัดขวางการตรวจ วินิจฉัย ตรวจสอบ และกำจัดวรรคก่อน
2. ในกรณีผู้ทุพพลภาพหรือบุคคลที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย ผู้แทนตามกฎหมายต้องยินยอมดำเนินการตามข้อกำหนด
3. หลังการรักษาและผู้ป่วยมีค่าเชื้อในเสมหะติดลบ 2 เดือนแรก หลังจากได้รับบริการดูแลและนำส่งยาแล้ว

หากอาการเป็นปกติและค่าเชื้อยังคงเป็นลบตามการพิจารณาด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนยาที่รับประทานเองได้หลังจากสองเดือนเป็นต้นไป

附件 3-4 A

_____縣市衛生局
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(皮膚結核菌素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，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、 目前潛伏感染治療處方包含(勾選感染者治療處方）:

□1HP：每日服用 isoniazid (INH) + rifapentine(RPT)，共 28 次，計 1 個月療程

□3HP：每週服用 isoniazid (INH) + rifapentine(RPT)，共 12 次，計 3 個月療程

□4R：每日服用 rifampin (RMP)，共 120 次，計 4 個月療程

□3HR：每日服用 isoniazid (INH)+ rifampin (RMP)，共 90 次，計 3 個月療程

□6H：每日服用 isoniazid (INH)，共 180 次，計 6 個月療程

□9H：每日服用 isoniazid (INH)，共 270 次，計 9 個月療程

其他處方：_____備註：_____

- 請配合衛生單位安排，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；除使用 6H 及 9H 處方外(仍建議加入都治)，其餘處方必須由關懷員關懷服藥。

二、治療過程中，請每月回診進行追蹤，如有任何不舒服(發燒、頭暈、噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹、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_____縣(市)衛生局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 □不同意

立同意書者與接受治療者之關係

□本人 _____ （簽名）

□法定代理人_____（簽名）

中華民國____年____月____日

LTBI Treatment Education and Statement of Consent in DOPT
_____County/City Public Health Bureau

Name of Subject：_____ **Identification Number：_____**
Gender：_____ **Date of birth：_____**

Dear Sir/Madam:

The result of the latent tuberculosis infection (LTBI) test (Tuberculin Skin Test, TST or interferon-gamma release assay, IGRA), and the evaluation by the physician indicated that you have LTBI, but not active tuberculosis (TB). A complete course of treatment for LTBI can give more than 90% protection from developing active TB disease. This helps to effectively reduce the possibility of onset of TB disease and further transmission to the others.

Special Notice of LTBI treatment:

I. The following regimens are recommended for the treatment of LTBI.(Please mark V)

☐1HP：One month of daily isoniazid plus rifapentine (28 doses)

☐3HP：Three months of once-weekly isoniazid plus rifapentine (12 doses)

☐4R：Four months of daily rifampin (120 doses)

☐3HR：Three months of daily isoniazid plus rifampin (90 doses)

☐6H：Six months of daily isoniazid (180 doses)

☐9H：Nine months of daily isoniazid (270 doses)

others：_____

II. A directly observed preventive therapy (DOPT) observer will be arranged to provide DOPT service to help you complete the treatment.

III. You should have clinical evaluation at least once a month during the course of treatment. During the treatment, if you do not feel well (such as fever, dizziness, nausea, loss of appetite, pain in the upper right abdomen, numbness of limbs, yellowish skin or eyes, rashes, acute allergy, and other symptoms). Please inform the public health workers, or the TB case managers or the physicians in hospitals at once for management of the adverse events.

IV. If you have any questions, please do not hesitate to contact us at phone number_____.

I hereby authorize the public health station under the _____ County/City Public Health Bureau to safeguard my medications on LTBI, and the delivery of the medications by the public health workers for DOPT service.

LTBI Treatment and DOPT Consent

With regard to the declaration above:

☐ **Agree**

☐ **Disagree**

Relation between the undersigned and the subject of treatment

☐ **Myself** _____**(signature)**

☐ **Appointed Guardian**_____**(signature)**

Date: _____

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

_____縣市衛生局

雲端直接觀察治療（eDOPT）同意書及注意事項

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（LTBI）檢驗結果，並經由醫師評估顯示，目前您有潛伏性結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染之治療，可以高達 90%以上避免發病的成功率。同時可減少將來發病傳染給同住者與親友以及在發病後的治療需面對長期及至少要吃合併3 種以上副作用更多的藥物。

治療應注意事項如下：

一、治療處方將由醫師評估，並接受由「關懷員」每日關懷服藥，藉由正確有效的服藥，可達到最佳保護力，減少日後發病。

二、治療過程中，如果您有任何不舒服（噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹等），請於每日服藥時，告訴關懷員或衛生所護士，並請儘速返回診治醫師處，請醫師就不舒服的情況判斷，是否繼續服藥。

三、如果本單張未能解答您所有問題，或者您讀後仍有任何疑慮，請隨時向您的關懷員、醫生或護士查詢。

本人同意由關懷員以手機 App 方式，每日接受雲端直接關懷治療服務。

版本	Android	iOS
網址	https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	https://apps.apple.com/us/app/edots/id6443807433
QR Code		

基於上述聲明：

□同意接受潛伏結核感染之治療　　□不同意

立同意書者與接受治療者之關係：

□本人　_____簽名_____

□法定代理人_____簽名_____

中華民國_____年_____月_____日

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. 20 歲以下應有法定代理人（通常為父或母）同意後之簽名。

_____縣市衛生局都治（eDOTS）計畫同意書

本人_____，身分證字號_____，性別_____，民國_____年___月___日生，茲因罹患結核病（含疑似），為保護親朋好友同事等，並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助下，按規服藥 治療，完成至少六個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

世界衛生組織強力推薦每一位服用抗結核藥的個案均應實施直接觀察治療，惟因個案因素，本人同意自行保存藥物於適當之溫度與濕度，避免藥物潮解致無效，並主動與關懷員溝通配合，以雲端都治方式服用藥物。

服用藥物期間若有其他症狀、藥物副作用，應主動告知關懷員及診療醫師，減少不適感，以利完成治療。

版本	Android	iOS
網址	https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	https://apps.apple.com/us/app/edots/id6443807433
QR Code		

立書人_____（簽名）

或法定代理人_____（簽名）

中華民國_____年_____月_____日

備註：1.傳染病防治法第 43 條：傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，不得拒絕、規避或妨礙。

2.個案為無行為能力人或限制行為能力人時，請其法定代理人代為同意後執行。

3.痰陰性病人接受療程首兩個月關懷送藥服務後，若病情穩定持續呈陰性，依公共衛生考量，兩個月後可改以自行管理方式服藥