附件 10-2

_____縣(市)衛生局「抗藥性結核病醫療照護體系」轉介治療通知書

受文者(病人姓名):_____

身分證字號/護照號碼:_____

您經醫師診斷為抗藥性結核病或因治療需要較密集監測與調整藥物,疾病診治須長期規則治療,並配合多項檢查,如未配合適當診治,可能導致治療失敗,造成廣泛性或多重抗藥性結核菌傳染及本身生命財產的損失。

為協助您早日恢復健康,保護您與您親友及大眾健康,請加入「抗藥性結核病醫療照護體系」,由_____醫療照護團隊施行臨床醫療,並聘請關懷員以直接觀察服藥方式,協助您完成藥物治療及追蹤。於直接觀察服藥過程中,關懷員將代為保管您的藥物,並與您聯繫,選擇您最適當之時間,送藥給您並觀察您服藥情形,以隨時掌握治療成效。如果您有生活或醫療需要協助,關懷員亦將代您轉達給公共衛生機關及醫療照護體系,陪伴您完成整個療程。

依據傳染病防治法第 44 條規定,傳染病病人須配合檢查並接受治療,必要時可移送指定隔離治療機構施行隔離治療。為了您與家人的健康,請配合治療。

本人_____(簽名)

法定代理人_____(簽名)已詳閱本通知書

簽收日期:中華民國 _____年 _____月 _____日