

## \_\_\_\_縣市衛生局 直接觀察治療 (DOPT) 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：

根據潛伏結核感染檢驗（皮膚結核菌素試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（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，保護力可以高達 9 成，除可有效降低將來發病傳染給同住者與親友的情形，亦減少發病後需面對長期且至少要吃合併 3 種以上副作用更多的藥物治療的可能。

治療應注意事項如下：

一、治療的方式（請勾選）：9H：每日服用 isoniazid (INH)，完成至少 9 個月的藥物治療、3HP：每週服用速克伏（INH+rifapentine）1 次，完成 12 次劑量，計 3 個月期間的藥物治療、4R：每日服用 rifampin (RMP)，完成至少 4 個月的藥物治療或3HR：每日服用 isoniazid + rifampin，完成至少 3 個月的藥物治療。接受由「關懷員」親自送藥或視訊方式關懷，藉由正確有效的服藥，可達到最佳保護力，減少日後發病。

※使用 3HP、4R 及 3HR 者，務必由關懷員關懷每個劑量。

二、治療過程中，如果您（的小孩）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），請告訴關懷員或衛生所護理人員，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（的小孩）的關懷員、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之潛伏結核感染治療藥物，並由關懷員送藥或本人至指定地點，接受直接關懷治療服務。

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

備註：

- 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。
- 20 歲以下應有法定代理人（通常為父或母）同意後之簽名。