

## 放棄潛伏結核感染治療前評估/用藥治療聲明書

本人\_\_\_\_\_ (身分證號碼: \_\_\_\_\_) 因報名參加「矯正機關潛伏結核感染檢驗與治療計畫」，進行丙型干擾素釋放試驗(IGRA)抽血檢查結果為陽性，屬曾受結核菌感染之狀態，但自願放棄接受進一步之  潛伏結核感染治療評估 (胸部 X 光檢查) /  潛伏結核感染治療，特此聲明。

簽署日期： 年 月 日



同學 您好!

**結核病**是藉由空氣或飛沫傳染的疾病，早期症狀並不明顯，常見咳嗽(特別是2週以上)、發燒、食慾不振、體重減輕、倦怠、夜間盜汗、胸痛等症狀，最常見的感染者是與結核病個案同住或親近的密切接觸者，藉由胸部 X 光檢查可以協助您了解是否罹患結核病。

**潛伏結核感染**是受結核菌感染但處於未發病的狀態，沒有症狀且對於周遭的人不具傳染力。一般人受到結核菌感染後，終其一生約有5—10%的機會發病，若因年紀大、懷孕、慢性疾病等因素造成免疫力不好，則發病機率會大幅增加。

因您未進行潛伏結核感染治療，故在機關期間，將持續安排您定期接受胸部 X 光檢查，未來若有出現結核病相關症狀，請您主動與單位主管反映，以及時協助安排您就醫評估。如未來您離開機關，建議您定期接受胸部 X 光檢查，養成健康的生活習慣、保持住處通風良好，若有出現結核病相關症狀，請主動配戴口罩立即向專科醫師求診。