

## 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，  
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物之藥櫃，確保藥物能保存於適  
當之溫度與濕度之下，可避免藥物潮解並產生無效。

關懷送藥除了確保病人真正服用藥物外，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  
藥物，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

