_____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