

縣市衛生局 雲端直接觀察治療 (eDOPT) 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 (LTBI) 檢驗結果，並經由醫師評估顯示，目前您有潛伏性結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染之治療，可以高達 90% 以上避免發病的成功率。同時可減少將來發病傳染給同住者與親友以及在發病後的治療需面對長期及至少要吃合併 3 種以上副作用更多的藥物。

治療應注意事項如下：

- 一、治療處方將由醫師評估，並接受由「關懷員」每日關懷服藥，藉由正確有效的服藥，可達到最佳保護力，減少日後發病。
- 二、治療過程中，如果您有任何不舒服（噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹等），請於每日服藥時，告訴關懷員或衛生所護士，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，請隨時向您的關懷員、醫生或護士查詢。

本人同意由關懷員以手機 App 方式，每日接受雲端直接關懷治療服務。

版本	Android	iOS	Windows
網址	https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	https://dot.cdc.gov.tw/CDCWeb/iOS_Dnload.htm	https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/apk/setup_WinDotsApp.zip
QR code			

基於上述聲明：

同意接受潛伏結核感染之治療 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：

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. 20 歲以下應有法定代理人（通常為父或母）同意後之簽名。

_____縣市衛生局都治（eDOTS）計畫同意書

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，惟因個案因素，本人同意自行保存藥物於適當之溫度與濕度，避免藥物潮解致無效，並主動與關懷員溝通配合，以雲端都治方式服用藥物。

服用藥物期間若有其他症狀、藥物副作用，應主動告知關懷員及診療醫師，減少不適感，以利完成治療。

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