

## \_\_\_\_\_ 縣 ( 市 ) 衛生局抗藥性結核病個案治療通知書

受文者 ( 病患姓名 ) : \_\_\_\_\_

身分證字號/護照號碼 : \_\_\_\_\_

您經醫師診斷為抗藥性結核病，該疾病之診治須長期規則治療，並配合多項檢查，如未經適當診治，可能導致治療失敗，造成廣泛性多重抗藥性結核菌傳染及本身生命財產的損失。

為協助您早日恢復健康，保護您與您親友及大眾健康，請加入多重抗藥性結核病醫療照護體系，由\_\_\_\_\_醫療照護團隊施行臨床醫療，並聘請關懷員以直接監督方式，協助您完成藥物治療及追蹤。於直接監督過程中，關懷員將代為保管您的藥物，並與您聯繫，選擇您最適當之時間，由其負責藥物發放、觀察服用，以隨時掌握治療成效。如果您有生活或醫療尚需要協助，關懷員亦將代您轉達給公共衛生機關及醫療照護體系，幫助您完成這項治療。

依據傳染病防治法第 44 條規定，傳染病病人須配合檢查並接受治療，必要時可以強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療。為了您與家人的健康，請配合治療。

簽收人 \_\_\_\_\_ 簽名

簽收日期：中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日