

縣市衛生局(範例)

雲端直接觀察治療(eDOPT)同意書及注意事項

接受潛伏結核感染治療者 _____ 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，如經過完整的潛伏結核感染治療，將獲得高達 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之機會，以及避免發病後的治療，需長期服藥及至少要吃合併 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理人員，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、醫生或公衛人員查詢。

本人同意由關懷員以行動裝置 App 方式，執行雲端直接關懷治療服務。

作業系統	Android	iOS
網址	https://edot-ap2.cdc.gov.tw/A/app-release.apk	https://apps.apple.com/tw/app/edot/id6450301935
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. 18 歲以下應有法定代理人(通常為父或母)同意後之簽名。

縣市衛生局都治計畫

雲端直接觀察治療(eDOT)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，在關懷員協助下，按規服藥
治療，完成至少六個月(含)以上的藥品治療，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，惟因自身因素，本人同意自行保存藥品於適當之溫度與濕度，避免藥
品潮解致無效，並主動與關懷員溝通配合，以雲端都治行動裝置 App 方式
服用抗結核藥。服用期間若有其他症狀、藥物副作用，應主動告知關懷員、
診療醫師或公衛人員，減少不適，以利完成治療。

作業系統	Android	iOS
網址	https://edot-ap2.cdc.gov.tw/A/app-release.apk	https://apps.apple.com/tw/app/edot/id6450301935
QR Code		

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。