

## 外籍勞工在臺治療肺結核或漢生病宣導資料

外籍勞工於受聘僱期間或於健康檢查發現之活動性肺結核、結核性肋膜炎或漢生病個案，得申請在臺治療，但多重抗藥性個案除外。考量肺結核或漢生病個案治療服藥期間至少 6 個月(含)以上，採行都治(DOTS，直接觀察治療)，可提高服藥順從性。外籍勞工肺結核或漢生病個案在臺治療者，須主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的都治服務。

外籍勞工申請在臺治療肺結核或漢生病之程序如下：

1. 雇主得於收受肺結核或漢生病診斷證明書之次日起15日內，檢具下列文件送交所在地衛生局申請都治服務：
  - (1) 診斷證明書
  - (2) 雇主協助受聘僱外國人接受治療意願書(附錄 1)
  - (3) 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書(附錄 2)
2. 經衛生局審核後，核發都治服務同意函給雇主。

外籍勞工肺結核或漢生病個案於完成都治服務藥物治療，且經衛生主管機關判定完治者，視為合格。但未配合都治累計達 15 日(含)以上，或後續診斷為多重抗藥結核病者，視為健康檢查不合格，由所在地衛生局函送勞動部廢止其聘僱許可。

外籍勞工肺結核個案如於聘期屆滿前，仍未完成治療者，則由衛生機關進行跨國轉介，請其返回母國後繼續治療。

## 雇主協助受聘僱外國人接受治療意願書

本人同意協助所聘僱的外籍勞工：\_\_\_\_\_  
護照號碼：\_\_\_\_\_，接受結核病或漢生病都治(DOTS)  
計畫，由外籍勞工主動至衛生單位指定之處所，由衛生單  
位之關懷員每週至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞  
下再走」的都治服務，協助外籍勞工按規服藥至少 6 個月(含)  
以上。

本人明瞭外籍勞工如果沒有配合直接觀察治療累計 15  
日(含)以上，或後續診斷為多重抗藥結核病者，將視為健康  
檢查不合格並廢止聘僱許可。特立此據。

雇主名稱：

負責人： (簽章)

身分證字號(或營利事業統一編號)：

通訊地址：

中 華 民 國 年 月 日

提醒事項：

結核病治療藥物，由全民健康保險給付。外籍勞工就  
醫時，須繳交掛號費及健保部分負擔費用。衛生機關  
鼓勵雇主協助外籍勞工支付此項費用。

**受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書**

本人 \_\_\_\_\_，護照號碼 \_\_\_\_\_，性別 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_，茲因罹患結核病或漢生病，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 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療  
藥物，本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週  
至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，或後續診斷  
為多重抗藥結核病者，將視為健康檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人： \_\_\_\_\_（簽名）日期： \_\_\_\_\_

印尼文

**Surat Persetujuan Dari Orang luar negeri (asing) yang Dipekerjakan untuk  
Menerima Pengobatan Pengamatan Langsung Dari Instansi Kesehatan**

Saya \_\_\_\_\_， nomor paspor \_\_\_\_\_， jenis  
kelamin \_\_\_\_\_， tanggal lahir \_\_\_\_\_， disebabkan  
mendidap penyakit Tuberkulosis(TBC)， demi melindungi sanak saudara teman  
sekerja dll.， dan demi kesehatan pribadi， bersedia bekerja sama melakukan  
pemeriksaan dan pengobatan， dibawah bantuan dan petunjuk staf instansi  
kesehatan， bersedia minum obat sesuai waktu yang ditentukan, menyelesaikan  
masa pengobatan dengan minum obat sekurang-kurangnya sampai enam bulan  
(termasuk)， pengobatan dengan obat yang tersebut diatas， untuk mengobati  
penyakit ini sampai sembuh .

Saya memberi kuasa kepada instansi kesehatan yang memperdulikan untuk  
pengobatan pengamatan langsung untuk menyimpan obat anti Tuberkulosis  
saya， saya setuju secara otomatis datang ke tempat yang ditunjuk instansi  
kesehatan， menerima keperdulian dari staf instansi kesehatan  
sekurang-kurangnya 5 kali dalam seminggu dengan melaksanakan pengobatan  
pengamatan langsung 「 pengantaran obat sampai di tangan， masukkan obat ke  
mulut， setelah telan baru pulang 」 .

Saya paham bila tidak bekerja sama dengan terakumulasinya lebih dari 15  
hari( termasuk ) dalam melaksanakan pengobatan pengamatan langsung， atau  
selanjutnya dari hasil diagnosa ternyata adalah pasien Tuberkulosis yang parah，  
hasil pemeriksaan medikal akan tidak memenuhi syarat dan juga dicabut izin  
kerja .

Yang setuju : \_\_\_\_\_（ tanda tangan ） Tanggal : \_\_\_\_\_

## 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

本人 \_\_\_\_\_，護照號碼 \_\_\_\_\_，性別 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_，茲因罹患結核病或漢生病，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 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療藥物，本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，或後續診斷為多重抗藥結核病者，將視為健康檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人： \_\_\_\_\_（簽名）日期： \_\_\_\_\_

### **Directly Observed Treatment, Short Course (DOTS) Consent Form for Foreign Employee**

The Undersigned \_\_\_\_\_, Passport No.: \_\_\_\_\_, Gender \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_, hereby agrees to cooperate with the health authority in the examination and treatment for the infection of tuberculosis (TB) or Hansen's disease in efforts to protect the patient's own health and the health of others. The undersigned agrees to take the medicine for treatment under the assistance and supervision of care staff for at least six (inclusive) months in order to be cured of TB or Hansen's disease.

The undersigned authorizes, the DOTS care station established by the health authority to maintain possession of the personal anti-tuberculosis drugs for safekeeping purposes and the undersigned agrees to take initiative in reporting to the site designated by the health authority to receive the drug at least five times a week during the entire Direct Observed Treatment, which entails "delivering medicine to patient, taking medicine and swallowing before leaving", from the care staff.

The undersigned explicitly understands that failure to comply with the Direct Observed Treatment for at least 15 cumulative days (inclusive), or if infection with multidrug resistant tuberculosis is later confirmed in the patient, the undersigned will be rendered unfit in the required health examination and will be annulled of the employment permit.

The Undersigned: \_\_\_\_\_ (Signature) Date: \_\_\_\_\_

## 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

本人 \_\_\_\_\_，護照號碼 \_\_\_\_\_，性別 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_，茲因罹患結核病或漢生病，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 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療  
藥物，本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週  
至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，或後續診斷  
為多重抗藥結核病者，將視為健康檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人： \_\_\_\_\_（簽名）日期： \_\_\_\_\_

越南文

### Giấy đồng ý tuân thủ để cơ quan y tế sắp xếp điều trị theo phương pháp quan sát điều trị trực tiếp

Tên tôi là: \_\_\_\_\_, Số hộ chiếu: \_\_\_\_\_, giới  
tính: \_\_\_\_\_, sinh ngày: \_\_\_\_\_, do tôi bị mắc bệnh lao hoặc bệnh  
Hansen, để đảm bảo an toàn cho bạn bè, người thân, đồng nghiệp, v.v..., đồng  
thời vì sức khỏe của bản thân, tôi đồng ý phối hợp kiểm tra và điều trị và uống  
thuốc theo đúng sự hỗ trợ và chỉ dẫn của nhân viên trợ giúp, nhằm hoàn tất quy  
trình điều trị bằng thuốc ít nhất từ 6 tháng (bao hàm )trở lên, cho đến khi khỏi  
bệnh lao.

Tôi ủy quyền cho trạm quan tâm quan sát điều trị trực tiếp của cơ quan y tế  
tiền hành bảo quản thuốc điều trị lao hoặc bệnh Hansen của tôi, tôi đồng ý chủ  
động đến địa điểm do cơ quan y tế chỉ định, để nhân viên hỗ trợ tiến hành điều  
trị theo phương pháp quan sát điều trị trực tiếp là “đưa thuốc tận tay, bỏ thuốc  
vào miệng, nuốt xong rồi mới về” ít nhất 5 lần 1 tuần.

Tôi hiểu rõ rằng nếu tôi không phối hợp điều trị phương pháp quan sát điều  
trị trực tiếp trong ít nhất 15 ngày trở lên, hoặc nếu kết quả kiểm tra sau đó có  
tình trạng đa kháng thuốc lao, thì sẽ bị coi là có kết quả khám sức khỏe không  
đạt, và sẽ bị hủy bỏ giấy phép lao động.

Người ký giấy đồng ý : \_\_\_\_\_（ký tên）Ngày tháng năm : \_\_\_\_\_

## 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

本人 \_\_\_\_\_，護照號碼 \_\_\_\_\_，性別 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_，茲因罹患結核病或漢生病，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 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療藥物，本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，或後續診斷為多重抗藥結核病者，將視為健康檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人：\_\_\_\_\_（簽名）日期：\_\_\_\_\_

### 泰文

หนังสือยินยอมรับการรักษาแบบการให้ยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงจากเจ้าหน้าที่กรมอนามัย

ข้าพเจ้า..... หนังสือเดินทางเลขที่.....!เพศ.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด.....เนื่องจากป่วยเป็นวัณโรค(หรือโรคเรื้อน)  
เพื่อเป็นการคุ้มครองญาติมิตรและเพื่อนร่วมงานเพื่อสุขภาพของคนที่ดีขึ้นต้องยินดีให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาและกินยารักษาให้ครบ 6 เดือนภายใต้การช่วยเหลือและการดูแลของเจ้าหน้าที่ตามที่กำหนด เพื่อรักษาโรคนี้อันให้หายขาด

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรักษาพยาบาลที่มีแผนการรักษาแบบการให้ยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงเป็นผู้เก็บยารักษาวัณโรค(หรือโรคเรื้อน)  
ข้าพเจ้ายินดีไปพบเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรักษาพยาบาลตามที่กำหนดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดย 「ให้ยากับมือ กินยาต่อหน้า กลืนแล้วค่อยกลับ」 อย่างใกล้ชิด

ข้าพเจ้ารับทราบถ้าหากไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาแบบสังเกตโดยตรงและติดตามผลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาติดต่อกัน 15 วันขึ้นไปหรือหากแพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอาการคือยาในภายหลัง จะถือว่าตรวจโรคไม่ผ่าน ต้องยุติสัญญาจ้างและส่งกลับบ้าน

ผู้ยินยอม \_\_\_\_\_ (เซ็นชื่อ) วันที่ \_\_\_\_\_