

縣市衛生局

直接觀察治療 (DOPT) 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：

根據皮膚結核菌素測試篩檢結果，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、治療的方式：每日服用敵癆剋星片 (INH)，完成至少 9 個月的藥物治療，並接受由「關懷員」每日親自送藥關懷，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。

本人授權 _____ 縣(市)衛生局下設立之都治關懷站保管本人之潛伏結核感染之治療藥物，並每日由關懷員送藥/本人至指定地點，接受直接關懷治療服務。

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。