附件三-1

_____縣市衛生局都治（DOTS）計畫同意書（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、關懷下按規服藥治療，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，藉由經過訓練並且客觀的關懷員執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」，關懷員送藥前由都治站藥師及公衛護士等專業人員進行多重確認與包裝以確保用藥正確，且都治站均有配置專門用於存放藥物之藥櫃，確保藥物能保存於適當之溫度與濕度之下，可避免藥物潮解並產生無效。

關懷送藥除了確保病人真正服用藥物外，更藉由這段期間與病人溝通與觀察病人是否有其他症狀、藥物副作用可以協助提早通知診療醫師處理，減少病人不適感，陪同病人(及其家屬)渡過漫長治療期。

本人授權_____縣/市衛生局下設立之都治關懷站保管本人之抗結核治療藥物，並每日由關懷員送藥/本人至指定地點，進行直接觀察治療。

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