

활동성 결핵(TB) 치료 계획

Active TB Treatment Plan: Korean

의료 관계자는 적절한 지시사항을 점검합니다. 의뢰인은 지시사항을 확인하며 서명합니다.

- 나는 내가 활동성 결핵을 (가지고 있을 수 / 가지고) 있으며, 장기간에 걸쳐 TB 약물 치료가 필요하다는 것을 알고 있습니다. 내 임상 상태가 변하는 경우 처음에 말한 것보다 더 오랜 기간 동안 약물 치료가 필요할 수 있습니다._____
- 나는 지시에 따라 약물을 복용하는 데 동의합니다. 어떤 이유로 인해 내가 약물을 복용할 수 없는 경우 보건국에 전화할 것입니다. 나는 직접 복약 확인치료(DOT)에 대해 설명을 들었으며, 나는 DOT 계약에 서명했습니다._____
 - 나는 내 약물 치료의 부작용에 대해서 설명을 들었으며 어떠한 부작용이 발생하는 경우 _____에서 즉시 보건국에 전화를 거는 데 동의합니다._____
 - 나는 모든 진료 약속을 준수할 것에 동의합니다. 내가 약속을 지킬 수 없는 경우, 나는 보건국에 전화를 걸어 7 일 이내에 또 다른 진료 약속을 다시 예약할 것입니다._____
 - 나는 요청에 따라 가래, 소변 또는 혈액 시료를 제공할 것에 동의합니다._____
 - 나는 내 건강에 어떠한 변화에 대해서도 보건국에 이야기할 것에 동의합니다._____
 - 나는 내 전화 번호를 이동하거나 변경하는 경우, 보건국에 알릴 것에 동의합니다. 나는 내게 인편 및 전화로 연락하는 방법을 보건국에 알릴 것에 동의합니다._____
- 나는 전염병을 가지고 있으며 타인에게 병을 옮길 수 있습니다._____
- 나는 집에 격리되어 머무를 것입니다. 나는 내 방에만 머무르거나 내 방을 떠날 때는 외과용 마스크를 착용하여 내 집에서 다른 사람들과 가능한 한 멀리 떨어져 있을 것입니다. 나는 별도의 침실이나 침대를 사용하는 것이 적극 권장된다는 것을 알고 있습니다. _____
 - 나는 기침이나 재채기를 할 때 입과 코를 티슈로 가릴 것입니다. 이러한 티슈는 처리하기 전에 화장실 변기에 버리거나, 태우거나, 밀봉된 누수 방지 백에 넣어야 합니다._____
 - 나는 내 활동이 제한된다는 것을 알고 있습니다. 나는 타인과 접촉하게 되는 여행이나 회사, 학교, 쇼핑, 또는 기타 다른 활동에 참여하지 않을 것입니다._____
 - 나는 병원 진료 약속을 제외하고 내 집을 떠나지 않을 것에 동의합니다. 나는 병원 및 의사의 진료실에서 외과용 마스크를 착용할 것에 동의합니다._____
 - 나는 나와 함께 사는 사람이나 나를 돌보는 사람을 제외하고 어느 누구도 내 집에 들이지 않을 것이며, 유아들로부터도 멀리 떨어져 있을 것입니다._____
 - 더 이상 격리되어 머물 수 없다고 내가 보건국에 말하기 전까지 이러한 격리 지시사항이 유효함을 알고 있습니다._____
 - 나는 내가 더 이상 전염병에 걸리지 않았다고 진단받은 후에도 내 임상 환경이 변한다면 이러한 격리 지시사항이 다시 효과적일 수 있다는 것을 알고 있습니다._____
 - 나는 내 가족, 친구 또는 동료가 이 질병에 감염되는 것을 예방하기 위해 내가 있었던 장소와 내가 만난 사람들의 이름을 공유하여 접촉자 검진에 협력할 것에 동의합니다._____
- 나는 내 치료를 완전히 마치는 것이 필요한 이유를 알고 있으며, 내가 치료 계획을 따르는 데 실패하는 경우에 내게 법적 조치가 취해질 수도 있다는 것을 알고 있습니다._____
- 나는 이 치료 계획의 사본을 받았습니다. 치료 계획에 대해 설명을 들었으며, 내 모든 질문에 대한 답변도 들었습니다. 나는 이 치료 계획에 따를 것에 동의합니다.

의뢰인 서명 _____ 날짜 _____

보건국 대표자 서명 _____ 날짜 _____