

# 活动型肺结核(TB)治疗计划

Active TB Treatment Plan: Chinese

医药单位应检查说明是否适当。客人应在检查说明上签字(姓名的首字母)。

我明白我(可能有/有)活动型肺结核病，我需要延长一段时间服用治疗肺结核的药物。 如果我的临床状况发生改变，我服药可能需要比原来告诉我的时间更长 \_\_\_\_\_

- 我同意服用所开的药物。 如果因各种原因我无法服药，我会打电话给健康部门。 已经向我解释了直接观察疗法(Directly Observed Therapy 或 DOT)，我也已经在 DOT 疗法协议上签了字\_\_\_\_\_
- 已经向我解释过我所服的药物的副作用，如果有任何副作用有发展，我同意立刻打电话给在 \_\_\_\_\_ 的健康部门\_\_\_\_\_
- 我同意每次都履约看诊。如果我不能履约，我会打电话给健康部门，七日内改约\_\_\_\_\_
- 我同意会依照要求提供唾沫(或痰)、尿或血样\_\_\_\_\_
- 我同意，我健康发生任何变化，会告诉健康部门的\_\_\_\_\_
- 如果我搬家或更换电话号码，我同意会告诉健康部门的。我同意告诉健康部门怎样找到我本人，以及电话怎样联系到我\_\_\_\_\_

我感染了，能传染疾病给别人 \_\_\_\_\_

- 我会隔离待在家里。 我会尽可能远离家里人，待在自己的房间，或者在离开房间时戴上外科用的面具。 我明白最好是分开的寝室或床\_\_\_\_\_
- 我咳嗽或打喷嚏时会用软纸罩住口鼻。 这些软纸应该随水冲走、烧掉或者放在密封防漏的袋子中，然后丢弃\_\_\_\_\_
- 我理解我的行动受限制。 我不能旅行、不能上班、不能上学、不能上街买东西或者参加会跟别人发生接触的活动\_\_\_\_\_
- 我同意不会离开家，除非去赴约看诊。 我同意要戴好外科用的面具去诊所或者医生的办公室\_\_\_\_\_
- 除了跟我住在一起的人或者看护我的人以外，我不会让任何人进入我家，我也会远离儿童\_\_\_\_\_
- 我明白，一直到健康部门通知我我不需要再隔离之前，这些隔离要求始终有效\_\_\_\_\_
- 我明白当通知我我不再传染后，要是我的临床状况发生改变时，这些隔离要求可能会再次生效\_\_\_\_\_
- 我同意帮助进行接触调查，说出我去过的地方、周围人的姓名，以便保护我的家人、朋友或同事不发病\_\_\_\_\_

我明白我需要完成治疗的各种原因，如果我未能配合给我制定的治疗计划，有可能会对我采取法律手段。 \_\_\_\_\_

我已收到本治疗计划一份。 已经向我做了解释，我提出的所有问题都已得到答复。我同意执行这份治疗计划。

客人签字 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

公共医疗代表签字 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_