

# 放弃治疗

Refusal of Care: Chinese

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

我已被告知有关潜伏性结核病传染 (LTBI) 和结核 (TB) 疾病的有关信息。

我明白为什么我应该：

- 接受评估检测 TB
- 服用防治 LTBI 的药物
- 其他 \_\_\_\_\_

我已决定不遵循所提供的医疗建议，我已被告知阳性 TB 疾病的征兆和特征为发热、夜间盗汗、持续咳嗽 3 周以上、咳嗽带血、胸部疼痛、疲劳乏力和不明原因的体重下降。我明白如果我出现任何阳性 TB 疾病的征兆或特征时，我需要立刻寻求医疗护理。我明白 TB 是一种能够传播给他人的传染性疾病，如果我不寻求医疗护理并且将他人置于染病的危险中或使他人染病时，我将负有法律责任。

因此，就结核病将来可能的发展，我个人愿意承担责任，即使我如果遵循了以上建议后结核病可能得到了预防。

\_\_\_\_\_  
(客户)

\_\_\_\_\_  
(日期)

\_\_\_\_\_  
(公共健康代表/职位)

\_\_\_\_\_  
(日期)

\_\_\_\_\_  
(见证人/讲解员)

\_\_\_\_\_  
(日期)