

同意书与治疗计划书

潜伏性肺结核感染 (LTBI)

Consent and Treatment Plan LTBI: Chinese

我, _____, 已经受到下述人员的通知和咨询
(病人姓名)

_____ 基于现有情况, 我(可能有/有)潜伏性肺结核感染
(公共健康代表/职务)
(LTBI)。已经向我解释了以下情况:

1. 潜伏性肺结核感染(LTBI)意味着我已经感染了肺结核菌(*M. tuberculosis*)。我的免疫系统已经被这种细菌侵入, 并且保持潜伏状态。我没有症状, 也不传染细菌给他人。
2. 我知道不接受治疗, 我可能会生肺结核这种病, 产生例如咳嗽、高烧、盗汗、体重减轻或者疲乏等症状。如果出现上述的任何症状, 我同意立即打电话给在_____的健康部门。
3. 我同意遵守本项治疗计划。我同意到健康部门进行医疗评估、补充所开药物、配合对我的治疗。如果不能定期赴约, 我会立刻打电话给健康部门, 七(7)日内改约。
4. 我同意在整个治疗期间服用所开的肺结核药物。如果因各种原因我无法吃药, 我会通知健康部门。
5. 已经向我解释过我服用药物的副作用。如果这些副作用发展的话, 我同意立即打电话给在_____的健康部门。
6. 我同意告诉健康部门, 如果我搬家或者更改电话号码, 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。
7. 已经向我解释了给我制定的治疗计划, 并且所有问题都已得到解答。我持有本计划一份。

(病人的签名)

(日期)

(医疗代表/职务)

(日期)

(证人/翻译人员的签名)

(日期)

附上病人标签或者填写:

姓名 _____

地址 _____

城市、州、邮编 _____

电话 _____

病人身份证号码 _____