

肺结核治疗的 直接观察疗法(DOT)协议

DOT Agreement: Chinese

姓名 _____ 出生日期 _____ 家庭电话: _____
地址 _____ 工作电话: _____
城市 _____ 邮编 _____ 手机: _____
健康部门 _____

我知道康复的唯一办法就是完全按照医生或者护士嘱咐我的话服药。我会长期服用几种药物(6个月或者更长时间)以便杀死肺结核细菌。如果我不按照这些要求做,我的病症会复发而超过以前的程度。以后就会更难治愈,花更长时间治疗,以及扩散到别人。我同意与有监督的直接观察疗法(DOT)项目进行合作,帮助提醒我服药,确保我完成治疗、得以康复。在本项目中,在我服用肺结核药物时,一名受过训练的DOT工作人员要在场并能回答我的问题。

我, _____ 同意
(客人的姓名)

1. 我会在: _____ 家 _____ 工作 _____ 门诊/本疗区 _____ 其它(请指明) _____
做DOT的时间在 _____ 点到 _____ 点。
2. 如果我不能及时赶到约定的地点,我会打电话给在 _____ 的
_____ 更改拜访的时间。
3. 如果我没有及时打电话改时间拜访,我知道我可能需要在 _____ 点到
_____ 点之间做DOT拜访。
4. 如果我有任何问题,我会告诉我的DOT工作人员。我在治疗中可能需要去 _____
见医生或护士,或者做化验。
5. 我知道如果我错过拜访,没有按时做治疗,可能会对我采取法律手段。

我, _____ 同意
(健康部门/病案经理姓名)

1. 如果我不在约定的时间到达约定的地点,我会打电话给在 _____ 的
_____ 改约。
2. 我会为客人的健康资料保密。
3. 我会回答客人提出的问题和关切的事宜。需要时,我会帮助客人联系其它服务。
4. 我会把客人发生的问题迅速告诉医生或护士。我会按照需要,提出报告。

客人

护士

DOT工作人员