

# 동의와 치료 계획

## 잠복성 결핵 감염(LTBI)

Consent to Treatment and Treatment Plan – LTBI: Korean

I, 본인 \_\_\_\_\_ 은(는) 사용 가능한 정보에 기초하여,  
(외리인 이름)

\_\_\_\_\_로부터 조언을 받았으며 상담을 했습니다. 나는  
(보건국 대표/직책)

잠복성 결핵 감염(LTBI)을 (가지고 있을 수/가지고) 있습니다. 내게 설명된 내용은 다음과 같습니다.

1. LTBI란 내가 결핵균에 감염되었음을 의미합니다. 내 면역체계는 병원균이 발동하지 않도록(활동하지 않도록) 차단하고 있습니다. 나는 결핵 증상이 없으며 병원균을 타인에게 전염시킬 수 없습니다.
2. 나는 치료를 하지 않으면, 활동성 결핵으로 병을 앓을 수 있으며 기침, 고열, 식은땀, 체중 저하 또는 극심한 피로와 같은 증세가 나타날 수 있다는 것을 알고 있습니다. 이러한 증상의 어느 것이라도 나타나는 경우, 나는 \_\_\_\_\_에서 즉시 보건국에 전화를 거는 데 동의합니다.
3. 나는 이 치료 계획에 따를 것에 동의합니다. 나는 의료 진단을 위해 보건국에 올 것이며, 지시에 따라 알약을 보충하고, 내 치료에 협조할 것에 동의합니다. 내가 예약된 약속을 지킬 수 없는 경우, 나는 보건국에 즉시 전화를 걸어 7일 이내에 또 다른 진료 약속을 다시 예약할 것입니다. \_\_\_\_\_
4. 나는 전 치료 기간 동안 지시에 따라 내 TB 약물을 복용하는 데 동의합니다. 어떤 이유로 인해 내가 약물을 복용할 수 없는 경우 보건국에 통보할 것입니다.
5. 나는 내 약물 치료의 부작용에 대해서 설명을 들었으며, 어떤 부작용이 발생하는 경우 \_\_\_\_\_에서 즉시 보건국에 전화를 거는 데 동의합니다.
6. 나는 내 전화 번호를 이동하거나 변경하는 경우, 보건국에 알릴 것에 동의합니다. 나는 내게 인편 및 전화로 연락하는 방법을 보건국에 알릴 것에 동의합니다.
7. 내 치료 계획에 대해 설명을 들었으며 내 모든 질문에 대한 답변도 들었습니다. 나는 이 치료 계획의 사본을 가지고 있습니다.

\_\_\_\_\_  
(외리인 서명)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(보건국 대표/직책)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(증인/통역자 서명)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

환자 라벨 부착 또는 완성:

이름 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

도시, 주, 우편번호 \_\_\_\_\_

전화 \_\_\_\_\_

환자 ID# \_\_\_\_\_