

# 치료 동의서

## 활동성 TB 해당자/의심자

Consent to Treatment – Active TB Case/Suspect: Korean

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

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

활동성 결핵(TB)를 (가지고 있을 수/가지고) 있습니다. 내게 설명된 내용은 다음과 같습니다.

1. TB 는 타인에게 전염될 수 있는 감염성 질환입니다. 나는 이 질병을 타인에게 전파할 수 없을 때까지 타인에게서 멀리 떨어져 있을 필요가 있음을 알고 있습니다. 치료되지 않은 TB 는 약물 저항력이 있는 질병으로 변할 수 있으며 치명적이 될 수 있음을 알고 있습니다. 나는 오랜 기간 동안 TB 약물을 복용하여 치료할 필요가 있습니다.
2. 나는 내 가족, 친구 또는 동료가 이 질병에 감염되는 것을 예방하기 위해 TB 를 치료하고, 접촉자 검진에 협력할 것에 동의합니다.
3. 나는 의료 관계자 및 보건국에서 내게 제공한 치료 계획에 따를 것에 동의합니다.
4. 치료 계획을 따르지 않는 경우 내게 법적 조치가 취해질 수 있습니다.
5. 내 치료 계획의 사본을 가지고 있으며 내 모든 질문에 대한 답변도 들었습니다.

\_\_\_\_\_  
(외뢰인 서명)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(보건국 대표/직책)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(증인/통역자 서명)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

환자 라벨 부착 또는 완성:

이름 \_\_\_\_\_  
주소 \_\_\_\_\_  
도시, 주, 우편번호 \_\_\_\_\_  
전화 \_\_\_\_\_  
환자 ID# \_\_\_\_\_