

**결핵(TB) 치료를 위한  
직접 복약 확인치료(DOT) 계약**  
DOT Agreement: Korean

이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_ 집 전화: \_\_\_\_\_  
주소 \_\_\_\_\_ 회사 전화: \_\_\_\_\_  
도시 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_ 휴대폰: \_\_\_\_\_  
보건국 \_\_\_\_\_

나는 간호사나 의사의 지시에 따라 TB 약물을 정확히 복용하는 것이 병을 치유하는 유일한 방법임을 압니다. TB 병원균을 죽이기 위해 오랜 기간 동안(6개월 이상) 여러 가지 약물을 복용할 것입니다. 이러한 지시사항을 따르지 않으면 내 병은 이전보다 더 악화될 수 있습니다. 그런 경우에는 치료가 더 어려워질 수 있으며, 치료 기간도 더 오래 걸리고 타인에게 병을 전염시킬 수 있습니다. 나는 내가 약물을 복용하는 것을 미리 알려주는 데 도움이 되고 내 치료가 완벽하게 되어 치유되는지 확인하는 감독식 DOT 프로그램에 협력할 것에 동의합니다. 이 프로그램에서는 내가 TB 약물을 복용할 때 내 질문에 답할 수 있도록 훈련 받은 DOT 작업자가 입회합니다.

**본인** \_\_\_\_\_ **은(는) 다음 사항에 동의합니다.**  
(의뢰인 이름)

1. 나는 DOT 방문 동안 \_\_\_\_\_ 시부터 \_\_\_\_\_ 시 사이 다음 장소에 있을 것입니다.  
\_\_\_\_\_ 집 \_\_\_\_\_ 회사 \_\_\_\_\_ 진료소/LHD \_\_\_\_\_ 기타(상세히 기술) \_\_\_\_\_.
2. 합의한 장소 및 시간에 있을 수 없는 경우, 나는 병원 방문 일정을 변경하기 위해  
\_\_\_\_\_의 \_\_\_\_\_에게 전화할 것입니다.
3. 내가 제 시간에 전화를 하여 병원 방문 일정을 변경하지 못하는 경우, 내 DOT 방문 동안 \_\_\_\_\_  
사이에 \_\_\_\_\_에 가야한다는 것을 압니다.
4. 질문이 있는 경우에는 내 DOT 작업자에게 물을 것입니다. 의사나 간호사를 만나기 위해 및/또는 내 치료 기간  
동안 테스트를 받기 위해 \_\_\_\_\_에 가도록 요청받을 수 있습니다.
5. 병원 방문 일정을 지키지 못하면 정해진 일정에 따라 내 치료가 진행되지 않으며 법적 조치가 취해질 수도  
있음을 압니다.

**본인** \_\_\_\_\_ **은(는) 다음 사항에 동의합니다.**  
(보건국/사례 관리자 이름)

1. 내가 합의한 장소 및 시간에 있을 수 없는 경우, 나는 병원 방문 일정을 변경하기 위해  
\_\_\_\_\_의 \_\_\_\_\_에게 전화할 것입니다.
2. 내 의뢰인의 건강 데이터에 대한 기밀을 지킬 것입니다.
3. 나는 의뢰인의 질문과 관심사에 답할 것입니다. 필요한 경우, 나는 의뢰인을 다른 의료진에게 소개하는 데  
도움을 줄 것입니다.
4. 나는 의뢰인의 모든 문제를 즉시 의사나 간호사에게 알릴 것이며, 필요한 경우 보고서를 작성할 것입니다.

의뢰인

간호사

DOT 작업자