**(Nom de l'agence) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Programme de tuberculose du département de santé**

**Formulaire de consentement à la thérapie**

**par observation directe sur vidéo pour la tuberculose**

**Nom imprimé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Je sais qu'on m'a diagnostiqué la tuberculose (TB) ou que je suis le parent/tuteur d'un enfant atteint de la TB. Je (nom de l'adulte ou de l'enfant/dépendant) vais avoir besoin d'un long traitement médicamenteux pour guérir. Conformément aux recommandations des centres de contrôle des maladies, **la norme de soins en vigueur dans le Maryland veut que toutes les doses de médicaments antituberculeux soient observées par un agent de santé** afin d'assurer l'adhésion du patient au traitement, de surveiller les effets indésirables et d'apporter un soutien social. Les doses manquées ou les interruptions de traitement peuvent entraîner des concentrations sous-optimales de médicaments, une résistance acquise aux médicaments, des durées de traitement plus longues, l'échec du traitement de la tuberculose et la récurrence de la tuberculose. L'observation du dosage des médicaments se fait normalement au domicile du patient, au département de la santé ou dans un autre lieu convenu d'un commun accord, et consiste en une visite en personne ou à distance entre moi-même et l'agent du département de la santé.

Pendant une partie du traitement, l'observation de l'administration de mes médicaments antituberculeux peut être effectuée à l'aide de la technologie vidéo. Je comprends que j'utiliserai une source de technologie vidéo convenue pour permettre la visualisation à distance de mon traitement antituberculeux. J'accepte que l'agent de santé me surveille (ou la personne désignée pour s'occuper de moi) lors de la prise des médicaments antituberculeux prescrits, à l'aide de l'équipement et du logiciel dont il a été question lors de la (des) session(s) de formation à la thérapie sous observation directe par vidéo. J'accepte d'utiliser l'équipement/le logiciel de la manière qui m'a été expliquée par l'agent de santé.

Je comprends que je peux revenir à tout moment à une thérapie standard avec observation directe en personne si je commence à manquer plusieurs séances de thérapie avec observation directe par vidéo, des rendez-vous à la clinique, ou si j'éprouve des réactions indésirables importantes. Je comprends également que je peux demander à revenir à la thérapie standard avec observation directe en personne à tout moment au cours de mon traitement. L'utilisation de la technologie vidéo peut présenter certains avantages pour moi. On s'attend à ce que la thérapie par vidéo avec observation directe soit moins intrusive et permette une plus grande flexibilité dans la durée de la thérapie. L'utilisation de la vidéo peut présenter des risques de perte de confidentialité, en particulier lorsqu'une plateforme logicielle de santé mobile conforme à la HIPAA n'est pas utilisée. Cependant, tout sera mis en œuvre pour stocker en toute sécurité toute information personnelle sur la santé (y compris les vidéos) sur des ordinateurs protégés par un mot de passe auquel ne peuvent accéder que les professionnels de santé autorisés qui participent à vos soins médicaux. Nous pensons que ces risques pour la vie privée sont minimes et comparables à la perte potentielle de la vie privée liée à la visite des travailleurs de la santé à votre domicile ou sur votre lieu de travail dans le cadre des pratiques thérapeutiques standard directement observées.

Signature du patient/date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du témoin/Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_