**（机构名称）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_卫生部结核病项目**

**视频同意书**

**结核病的直接观察治疗**

**正楷姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

我明白，我已被诊断患有结核病（TB）或我是结核病儿童患者的父母/监护人。我（成人或儿童/受抚养人的姓名）需要长期药物治疗才能痊愈。为遵守疾病控制中心（Centers for Disease Control）提出的建议，**Maryland 州目前的护理标准规定，所有剂量的结核病用药都必须在医护人员监护下进行，**以确保患者依从治疗、监测不良事件并提供社会支持。不正确的药物剂量或治疗中断可能会导致药物浓度不足、出现获得性耐药性、延长治疗时间、结核病治疗失败和结核病复发。用药剂量观察通常在患者家中、卫生部门或双方商定的其他地点、由我本人和卫生部门工作人员采用面对面或远程方式进行。

在部分治疗过程中，可能会使用视频技术观察我的结核病用药剂量。我理解，我将使用双方同意的视频技术来源远程观察我的结核病治疗情况。我同意让卫生工作者使用在培训期间讨论的设备和软件、在观察治疗期间通过视频直接观察我（或我照顾的指定人员）服用规定的结核病药物。我同意按照卫生部门工作人员向我解释的方式使用设备/软件。

我理解，如果我开始多次错过视频直接观察治疗、诊所预约，或者如果我出现了严重的不良反应，我可能会被随时要求切换回面对面直接观察治疗。我也理解，我可以在治疗过程中随时主动要求切换回标准的面对面直接观察治疗。使用视频技术可能对我有一定的好处。预计基于视频的直接观察治疗对日常生活干扰较少，并允许在治疗时间上有更多的灵活性。使用视频可能会存在隐私泄露的风险；尤其是在未使用符合 HIPAA 标准的移动健康软件平台时。但是，我们会尽力确保所有个人健康信息（包括视频文件）安全地存储在受密码保护的计算机上，并且只有参与您医疗保健的授权医疗服务提供者才有权访问这些信息。我们认为，这些隐私风险微乎其微，与医护人员在去您家或工作场所进行标准直接观察治疗的潜在隐私损失相当。

患者签名/日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

证人签名/日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_