**（機構名稱）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_衛生部結核病計劃**

**視訊同意書**

**結核病直接觀察治療**

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

我明白，我已被診斷患有結核病（TB）或我是結核病兒童患者的父母/監護人。我（成人或兒童/受撫養人的姓名）需要長期藥物治療才能痊癒。依照疾病控制與預防中心（Centers for Disease Control）的建議，Maryland 州目前的護理標準規定，所有劑量的結核病用藥都必須在醫護人員監護下進行，以確保患者依從治療、監測不良事件並提供社會支援。

漏服藥物或治療中斷可能會導致藥物濃度不足、產生獲得性耐藥性、延長治療時間、治療失敗或結核病復發。 藥物服用的觀察通常在患者家中、衛生部門或其他雙方商定的地點，由我與衛生部門工作人員以面對面或遠端就診的方式進行。

在部分治療期間，我的結核病藥物服用劑量觀察可能會使用視訊技術來完成。我明白，我將使用雙方同意的視訊技術來源遠端觀察我的結核病治療情況。我同意讓衛生工作人員使用在訓練期間討論的設備和軟體、在觀察治療期間透過視訊直接觀察我（或我照顧的指定人員）服用規定的結核病藥物。我同意按照衛生部門工作人員向我解釋的方式使用設備/軟體。

我明白，如果我開始多次錯過視訊直接觀察治療、診所預約，或者如果我出現了嚴重的不良反應，我可能會被隨時要求切換回面對面直接觀察治療。我也明白，我可以在治療過程中隨時主動要求切換回標準的面對面直接觀察治療。視訊技術的使用可能對我有一定的好處。預期視訊監督治療對日常生活干擾較少，並在治療時間上提供更大的靈活性。使用視訊技術可能會存在隱私洩露的風險，特別是在未使用符合 HIPAA 法規的行動健康軟體平台時。然而，我們將盡力保護您的個人健康資訊（包括視訊），這些資料將安全儲存在僅授權醫療人員才能存取的密碼保護電腦中。我們認為，這些隱私風險微乎其微，且與標準監督治療過程中醫療人員拜訪您的住所或工作場所的潛在隱私風險相當。

患者簽名/日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

證人簽名/日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_