**(Tên Cơ Quan) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sở Y Tế Chương Trình Phòng Chống Lao**

**Biểu Mẫu Đồng Ý Cho Phép Sử Dụng**

**Liệu Pháp Quan Sát Trực Tiếp Qua Video Nhằm Điều Trị Bệnh Lao**

**Tên Viết Hoa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tôi biết rằng tôi đã được chẩn đoán mắc bệnh lao (TB) hoặc là phụ huynh/người giám hộ của trẻ mắc TB. Tôi (tên người lớn hoặc trẻ em/người phụ thuộc) sẽ cần dùng thuốc trong thời gian dài để chữa bệnh. Để tuân thủ các khuyến nghị do Trung Tâm Kiểm Soát Và Phòng Ngừa Dịch Bệnh đề ra, **tiêu chuẩn chăm sóc hiện hành tại Tiểu Bang Maryland là mọi loại thuốc điều trị TB đều phải được nhân viên y tế giám sát** để đảm bảo bệnh nhân tuân thủ liệu pháp, theo dõi các tác dụng phụ và cung cấp hỗ trợ xã hội. Việc quên liều thuốc hoặc gián đoạn điều trị có thể dẫn đến nồng độ thuốc không đạt mức tối ưu, kháng thuốc mắc phải, thời gian điều trị dài hơn, điều trị TB không thành và tái phát TB. Việc quan sát liều dùng thuốc thường được thực hiện tại nhà bệnh nhân, tại sở y tế hoặc tại một địa điểm khác được thỏa thuận chung và bao gồm cuộc gặp trực tiếp hoặc từ xa giữa tôi và nhân viên Sở Y Tế.

Trong một phần quá trình điều trị, liều lượng thuốc điều trị TB của tôi có thể được theo dõi qua công nghệ video. Tôi hiểu rằng mình sẽ dùng nguồn công nghệ có khả năng quay video theo thỏa thuận nhằm hỗ trợ việc quan sát từ xa quá trình điều trị TB của tôi. Tôi đồng ý cho phép nhân viên y tế theo dõi tôi (hoặc cá nhân được tôi chỉ định chăm sóc) uống thuốc điều trị TB theo đơn bằng thiết bị và phần mềm đã được thảo luận trong (các) buổi đào tạo về liệu pháp quan sát trực tiếp qua video. Tôi đồng ý sử dụng thiết bị/phần mềm theo cách mà nhân viên sở y tế đã giải thích cho tôi.

Tôi hiểu rằng tôi có thể được chuyển về hình thức trị liệu trực tiếp tiêu chuẩn bất cứ lúc nào nếu tôi bắt đầu bỏ lỡ nhiều buổi trị liệu trực tiếp qua video, các cuộc hẹn khám tại phòng khám hoặc nếu tôi gặp phải các phản ứng phụ đáng kể. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể yêu cầu chuyển về phương pháp trị liệu tiêu chuẩn được quan sát trực tiếp bất kỳ lúc nào trong quá trình điều trị. Việc sử dụng công nghệ video có thể mang lại một số lợi ích nhất định cho tôi. Liệu pháp quan sát trực tiếp qua video được dự đoán sẽ ít xâm lấn hơn và cho phép thời gian điều trị trở nên linh hoạt hơn. Có thể có rủi ro liên quan đến mất quyền riêng tư khi sử dụng video; đặc biệt là khi không sử dụng nền tảng phần mềm sức khỏe di động tuân thủ HIPAA. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức để lưu trữ an toàn mọi thông tin sức khỏe cá nhân (bao gồm cả video) trên các máy tính được bảo vệ bằng mật khẩu mà chỉ những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được ủy quyền tham gia vào quá trình chăm sóc y tế của quý vị mới được truy cập. Chúng tôi tin rằng những rủi ro về quyền riêng tư này là rất nhỏ và tương đương với khả năng mất quyền riêng tư khi nhân viên chăm sóc sức khỏe đến thăm khám tại nhà hoặc nơi làm việc của quý vị như một phần của các hoạt động trị liệu tiêu chuẩn được quan sát trực tiếp.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân/Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chữ Ký Của Nhân Chứng/Ngày:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_