马里兰州肺结核患者/携带者协议

患者姓名（正楷）_____出生日期_____记录编号_____
姓氏　　名字　　年/月/日

我知晓：

- 我疑似患有或确诊患有肺结核 (TB)。
- 肺结核可通过咳嗽、说话或唱歌传播给他人。
- 肺结核治疗需要服用几种药物，用药时间从几个月到 2 年不等。
- 我的医生需根据州和联邦法律将我的病情报告给卫生部门。
- 卫生部门有责任治疗我的疾病，防止我周围的人受到感染。
- 卫生部门可因我不遵守肺结核治疗计划而提起法律诉讼。

患者责任：我将会：

- 遵守卫生部门的肺结核计划以获得医疗服务。
- 配合肺结核治疗检验（如验痰、胸透、化验等）。
- 按照医嘱（包括 DOT（直接观察疗法）预约）服用肺结核药物。
- 如有不适，立即拨打卫生部门电话。
- 真实并完整地告知卫生部门人员过往或当前病史、是否怀孕或正在服用的任何其他药物，包括非处方药和草药补充剂。
- 若我无法按约就诊，尽快告知卫生部门并安排新的预约。
- 向卫生部门告知任何与我接触的人（此信息将尽可能予以保密）。
- 向卫生部门告知我的地址、电话号码或紧急联系人的变更情况。

医生/医护人员责任：_____郡/县卫生部需：

- 向我以及我近距离接触过的其他人（包括家人）解释清楚肺结核这一疾病及其风险。
- 回答我对肺结核治疗和服用药物的所有疑问。
- 提供相关医疗服务，并将此信息告知我其他的医生（如有）。
- 告知我的健康状况的任何变化（实验室检验、X 光检查等）。
- 确保我能按照约定的时间（包括 DOT 预约）获取肺结核药物。
- 根据联邦和州（健康保险携带和责任法案，HIPPA）法规，对我的健康信息保密。

治疗协议：

- 我同意在约定日期内获取肺结核药物，并按医嘱服用，接受医生要求的诊断测试，以及遵循_____郡/县肺结核防治人员做出的所有其他指示。
- 若我无法做到，我了解，按照州和地方卫生部的规定，卫生官员有权依据*《马里兰州法典注释》(Annotated Code of Maryland) 中的健康-一般条款第 18-324,325 部分*以及*《马里兰州法规准则》(Code of Maryland Regulations) 第 10.06.01.06 部分中的传染疾病一般控制措施*规定，将我隔离到带有治疗肺结核设施或其他相应设施的州立医院。
- 我已阅读或让人向我朗读此协议，我的问题也已得到回答，并知悉我接受治疗对自己和他人的重要性。我已收到此协议的副本以作记录。

_____（正楷）　　_____（正楷）

_____（签名）_____　　_____（签名）_____

患者或患者监护人　　日期　　**肺结核防治人员/医生/医护人员　　日期**

MDH 4511（2018 年修订）