메릴랜드 결핵 환자/의료 서비스 제공자 동의서

환자 이름 (정자로 기재): _____ 생년월일: _____기록 번호 _____
성 이름 중간 이름 월/일/연도

본인은 아래 사항을 알고 있습니다:

- 본인이 결핵 (TB) 확진을 받았거나 의심된다는 점.
- 결핵은 기침, 대화 또는 노래 부르기를 통해 타인에게 감염될 수 있다는 점.
- 결핵 치료에는 최소 수 개월에서 2 년에 걸친 다수의 약물 치료가 포함된다는 점.
- 주 및 연방 법에 의거 본인의 의사가 본인의 결핵 감염 사실을 보건부에 신고해야 한다는 점.
- 보건부가 본인의 결핵 치료 및 본인 주변 사람들에 대한 감염 예방에 대한 책임이 있다는 점.
- 본인이 결핵 치료 계획을 따르지 않을 경우 보건부가 법적 조치를 취할 수 있다는 점.

환자 책임 사항: 본인은 아래 사항을 준수하겠습니다:

- 본인의 결핵 치료를 받기 위한 보건부 결핵 프로그램과의 약속 시간을 지키겠습니다.
- 본인의 결핵 치료와 연관된 테스트(가래, 흉부 엑스레이, 실험실 및 기타)에 협조하겠습니다.
- DOT (직접 관찰 치료) 약속을 포함하여, 지정된 시각에 본인의 결핵 치료약을 복용하겠습니다.
- 본인의 상태가 좋지 않다고 느껴지면 즉시 보건부에 연락하겠습니다.
- 보건부 직원에게 과거 및 현재 병력, 임신 또는 기타 처방전 없이 구입할 수 있는 약 또는 약초 보조식품을 포함해 본인이 복용하고 있는 약에 대해 완전하고 진실된 정보를 제공하겠습니다.
- 본인이 치료 약속을 지킬 수 없을 경우 즉시 보건부에 통보하고, 가능한 한 조속히 새 약속 시간을 정하겠습니다.
- 본인으로 인해 결핵에 노출되었을 가능성이 있는 사람에 대해 보건부에 통보하겠습니다 (이 정보는 최대한 기밀이 보장될 것입니다).
- 본인의 주소, 전화번호 또는 비상 연락 정보의 변경에 대해 보건부에 통보하겠습니다.

의료 서비스 제공자 책임 사항:: _____ 카운티 보건부는 아래 사항을 준수할 것입니다:

- 본인, 그리고 본인의 가족을 포함하여 본인과 가까이 지내는 다른 사람들에게 결핵 및 그에 따르는 위험 사항에 대해 명확히 설명해 줄 것입니다.
- 본인의 결핵 치료 및 치료약에 대한 질문에 모두 대답해 줄 것입니다.
- 본인 결핵과 연관된 치료를 모두 제공하고, 적절하다고 판단될 경우 본인의 다른 의사들과 이 정보를 공유할 것입니다.
- 본인의 건강에 변화가 있을 경우 본인에게 통보해 줄 것입니다 (진단 검사, 엑스레이 등).
- DOT 약속을 포함하여 합의된 시각에 본인이 결핵 약을 복용하도록 할 것입니다.
- 연방 및 주 규정 (의료정보보호법, HIPPA)에 의거, 본인의 의료 정보에 대한 기밀을 유지할 것입니다.

치료 동의:

- 본인은 결핵 치료약을 수령하기 위한 모든 약속 시간을 지키고, 의사의 지지에 따라 결핵 약을 모두 복용하고, 본인의 의사가 지시한 진료 테스트를 모두 받고, _____ 카운티 결핵 직원이 지시한 내용을 모두 따르는 것에 동의합니다.
- 본인이 준수하지 않을 경우, *메릴랜드 주 주석 법령, 보건-일반 §§ 18-324,325* 및 *메릴랜드 주 규정 법령 10.06.01.06, 전염병에 대한 일반적 통제 수단*에 의거하여 보건 담당관에게 부여된 권한으로, 본인이 주 및 지역 보건부에서 결정한대로 결핵 치료 시설 또는 기타 적절한 시설을 갖춘 주립 병원에 격리 될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 본 동의서를 읽었거나 누군가가 본인에게 읽어 주었고, 본인의 질문에 대한 답변을 들었으며, 본인과 타인을 위해 본인의 치료가 중요하다는 것을 이해합니다. 본인은 본인 보관용으로 본 양식의 사본을 수령하였습니다.

_____ (정자로 기재) _____ (정자로 기재)

_____ (서명) _____ _____ (서명) _____

환자 또는 부모/보호자 **날짜** **결핵 직원/의료서비스 제공자** **날짜**

MDH 4511 (2018 년 수정)