

직접 관찰 치료 동의서

환자 라벨

본인은 직접 관찰 치료 프로그램(Directly Observed Therapy, DOT)에 대해 설명을 들었습니다. 본인은 이 의약품 복용이 결핵균을 죽이기 위한 가장 좋은 방법이라는 것을 이해합니다. 본인은 결핵 관계자가 본인의 결핵약 복용을 확인해야 하는 것에 동의합니다.

본인 \_\_\_\_\_은(는) 다음을 이해하고 동의합니다:

환자 이름

1. 본인은 \_\_\_\_\_자택 \_\_\_\_\_직장 \_\_\_\_\_클리닉/LHD \_\_\_\_\_기타(구체적으로 기재)에서 \_\_\_\_\_부터 \_\_\_\_\_사이에 결핵약을 복용할 것입니다.

2. 본인은 정해진 시간에 정해진 장소에서 약을 복용하지 못한다면, \_\_\_\_\_에게 전화하여 대안을

담당자 이름

전화 번호

마련할 것입니다.

3. 본인이 대안을 마련하기 위해 연락하지 않는 경우, 하루가 지나기 전, 약 복용을 위해 \_\_\_\_\_(으)로 갈 것입니다.

이름/거주지 주소

4. 본인은 약 복용에 문제가 생길 경우, DOT 담당자에게 알릴 것입니다.

5. 본인은 예약을 놓쳤거나 약을 지시대로 복용하지 않을 경우, 법적 조치가 가해질 수 있음을 인지합니다(결핵 잠복기 치료법엔 적용되지 않음).

6. \_\_\_\_\_은(는) DOT 담당자가 다음을

보건구 및 케이스 매니저 이름

준수하는 것에 동의합니다.

- 본인이 동의한 장소에서 정해진 시간에 약을 복용하는 것을 지켜봅니다.
- 본인의 예약 변경이 필요한 경우, 본인에게 미리 알립니다.
- 본인의 정보를 비공개로 유지합니다.
- 본인의 문의 및 우려 사항에 답변합니다.
- 본인의 케이스 매니저가 본인의 우려 사항에 대해 잘 알고 있는지 확인합니다.

\_\_\_\_\_  
환자, 부모/법적 보호자, 또는  
부모 대리인의 서명

\_\_\_\_\_  
DOT 담당자 이름

\_\_\_\_\_  
간호사 케이스 매니저 서명

\_\_\_\_\_  
날짜