

비디오 강화 치료에
대한 환자 동의서

환자 라벨

1. 본인은 비디오 강화 치료(Video-Enhanced Therapy, VET)에 대한 다음 항목을 이해하고 동의합니다.
 - 보건 당국 관계자는 본인의 결핵약 복용을 직접 보지 않고 VET를 사용하여 라이브영상으로 확인할 수 있습니다.
 - 만약 VET 규정을 준수하지 않을 경우, VET는 압수됩니다.
 - 본인은 본인의 스마트폰이나 컴퓨터/인터넷 접속을 이용해야 하며, 본인의 통신사에서 데이터 사용 요금을 청구할 수 있습니다.
 - 만약 와이파이가 연결되어 있다면, 안전한 연결이 아닐 수도 있습니다.
 - 본인의 전화번호 및 주소 변경 시, 바로 보건 당국 관계자에게 알릴 것입니다.
 - 본인은 보건 당국 관계자와 VET 예약을 정하고 지킬 것입니다.
 - 만약 VET 예약을 지킬 수 없을 경우, 보건 당국 관계자에게 바로 연락할 것입니다.
 - 본인은 다른 사람이 나의 정보를 들을 수 없도록 VET를 사적인 공간에서 진행할 것입니다.
 - VET를 하는 동안 본인은 약을 복용할 것이고, 약을 삼킬 때 본인의 얼굴과 약을 보여줄 것입니다.
 - 본인은, 의료인이 원하는 경우 직접 대면할 것입니다.
 - 저에게 알약이 담긴 각각의 약 봉투가 주어진다면, 어린이들의 손이 닿지 않는 곳이나 아이들이 열 수 없는 보관함에 약을 보관하도록 하겠습니다.
2. 본인은 보건 당국 관계자가 다음 행동을 하는 것을 이해하고 동의합니다.
 - VET를 통해 이야기할 때는 관계자는 본인이 정한 가명을 사용하며, 본인의 실명이나 진단명을 이야기하지 않습니다.
 - 다른 사람이 본인의 개인 정보를 듣지 않도록 주의합니다.
 - 복용 약품에 대한 부작용이나 진단에 따른 증상을 본인에게 묻습니다.
 - VET를 녹화하지 않습니다.

본인은 상기 규정을 준수하지 않을 경우, 보건 당국 관계자를 대면하고 약을 복용해야 하는 것을 이해하고 동의합니다.

환자 이름(정자체)

환자, 부모/법적 보호자, 또는
부모 대리인의 서명

날짜

증인 이름(정자체)

서명

날짜