马里兰州
肺结核患者/医疗服务人员协议书

患者姓名_____出生日期_____病例号码#_____

- 我明白，已怀疑或已确诊本人患有肺结核病（简称肺结核）。
- 肺结核可经咳嗽、讲话或唱歌等途径传染给其他人。
- 在肺结核病的治疗过程中，患者需要长期服用几种药物。
- 我的医生必须向卫生厅报告本人的肺结核病情。
- 卫生厅有责任确保我的肺结核病得到治疗。
- 本人明白，如果我不按医嘱接受肺结核病治疗，卫生厅可提起法律诉讼。

患者义务

本人有义务：

- 定期与诊所预约门诊，以获得治疗肺结核病的药物。
- 每天按照医嘱服用肺结核治疗药物。
- 如果在服用肺结核治疗药物时出现问题，我应打电话告诉诊所。
- 当医生或护士问及我过去或现在的病情或所服用的药物时，我应给予完整和符合事实的回答。
- 按时赴门诊接受肺结核治疗。
- 在无法按时赴门诊时，应尽快通知诊所，然后重新预约门诊。
- 告诉诊所，哪些人因为与我接触而可能带有肺结核病菌。
- 若需要接受与肺结核治疗有关的化验检查（痰液、胸部 X 光透视等等），予以配合。
- 若我的地址或电话号码有变更，应通知诊所。

医疗服务人员的义务

本人有义务：

- 明确解释有关肺结核病的情况，并说明这种病对您和与您有接触的人（包括您的家人在内）有何危险。
- 回答有关您的肺结核病治疗与用药方面的问题。
- 提供您的肺结核病所需的一切治疗。
- 把有关您的健康状况的一切变化（化验检查、X 光透视结果等等）告诉您。
- 确保您在双方商定的时间内得到治疗肺结核的药物。

治疗协议

- 本人已经阅过此协议书，或者已经请人帮我读过此协议书。我提出的问题已得到解答，并已获得此协议书的副本供我保存。
- 本人明白，已经给我治疗肺结核的药物。
- 我也明白，肺结核病有可能会传染给其他人，因此我应该服用肺结核治疗药物，以益于我本人以及其他人的健康。
- 本人同意遵照医嘱接受对肺结核病的治疗，并服用肺结核治疗药物。

患者或患者的家长/监护人签名 **(Patient or Parent/Guardian Signature**	日期 **DATE**	医疗服务人员签名 **Provider Signature**	日期 **DATE)**