

## 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

本人 \_\_\_\_\_，護照號碼 \_\_\_\_\_，性別 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_，茲因罹患結核病或漢生病，為保護親朋好友同事等，並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助、關懷下按規服藥治療，完成至少 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療藥物，本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，或後續診斷為多重抗藥結核病者，將視為健康檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人： \_\_\_\_\_（簽名）日期： \_\_\_\_\_

印尼文

### Surat Persetujuan Dari Orang luar negeri (asing) yang Dipekerjakan untuk Menerima Pengobatan Pengamatan Langsung Dari Instansi Kesehatan

Saya \_\_\_\_\_， nomor paspor \_\_\_\_\_， jenis kelamin \_\_\_\_\_， tanggal lahir \_\_\_\_\_， disebabkan mengidap penyakit Tuberkulosis(TBC)， demi melindungi sanak saudara teman sekerja dll.， dan demi kesehatan pribadi， bersedia bekerja sama melakukan pemeriksaan dan pengobatan， dibawah bantuan dan petunjuk staf instansi kesehatan， bersedia minum obat sesuai waktu yang ditentukan, menyelesaikan masa pengobatan dengan minum obat sekurang-kurangnya sampai enam bulan (termasuk)， pengobatan dengan obat yang tersebut diatas， untuk mengobati penyakit ini sampai sembuh .

Saya memberi kuasa kepada instansi kesehatan yang memperdulikan untuk pengobatan pengamatan langsung untuk menyimpan obat anti Tuberkulosis saya， saya setuju secara otomatis datang ke tempat yang ditunjuk instansi kesehatan， menerima keperdulian dari staf instansi kesehatan sekurang-kurangnya 5 kali dalam seminggu dengan melaksanakan pengobatan pengamatan langsung 「 pengantaran obat sampai di tangan， masukkan obat ke mulut， setelah telan baru pulang 」 .

Saya paham bila tidak bekerja sama dengan terakumulasinya lebih dari 15 hari( termasuk ) dalam melaksanakan pengobatan pengamatan langsung， atau selanjutnya dari hasil diagnosa ternyata adalah pasien Tuberkulosis yang parah， hasil pemeriksaan medikal akan tidak memenuhi syarat dan juga dicabut izin kerja .

Yang setuju : \_\_\_\_\_（ tanda tangan ） Tanggal : \_\_\_\_\_

## 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

本人 \_\_\_\_\_，護照號碼 \_\_\_\_\_，性別 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_，茲因罹患結核病或漢生病，為保護親朋好友同事等，並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助、關懷下按規服藥治療，完成至少 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療藥物，本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，或後續診斷為多重抗藥結核病者，將視為健康檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人： \_\_\_\_\_（簽名）日期： \_\_\_\_\_

### Directly Observed Treatment, Short Course (DOTS) Consent Form for Foreign Employee

The Undersigned \_\_\_\_\_, Passport No.: \_\_\_\_\_, Gender \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_, hereby agrees to cooperate with the health authority in the examination and treatment for the infection of tuberculosis (TB) or Hansen's disease in efforts to protect the patient's own health and the health of others. The undersigned agrees to take the medicine for treatment under the assistance and supervision of care staff for at least six (inclusive) months in order to be cured of TB or Hansen's disease.

The undersigned authorizes, the DOTS care station established by the health authority to maintain possession of the personal anti-tuberculosis drugs for safekeeping purposes and the undersigned agrees to take initiative in reporting to the site designated by the health authority to receive the drug at least five times a week during the entire Direct Observed Treatment, which entails "delivering medicine to patient, taking medicine and swallowing before leaving", from the care staff.

The undersigned explicitly understands that failure to comply with the Direct Observed Treatment for at least 15 cumulative days (inclusive), or if infection with multidrug resistant tuberculosis is later confirmed in the patient, the undersigned will be rendered unfit in the required health examination and will be annulled of the employment permit.

The Undersigned: \_\_\_\_\_ (Signature) Date: \_\_\_\_\_

## 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

本人 \_\_\_\_\_，護照號碼 \_\_\_\_\_，性別 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_，茲因罹患結核病或漢生病，為保護親朋好友同  
事等，並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助、關懷下按規  
服藥治療，完成至少 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療  
藥物，本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週  
至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，或後續診斷  
為多重抗藥結核病者，將視為健康檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人： \_\_\_\_\_（簽名）日期： \_\_\_\_\_

越南文

### Giấy đồng ý tuân thủ để cơ quan y tế sắp xếp điều trị theo phương pháp quan sát điều trị trực tiếp

Tên tôi là: \_\_\_\_\_, Số hộ chiếu: \_\_\_\_\_, giới  
tính: \_\_\_\_\_, sinh ngày: \_\_\_\_\_, do tôi bị mắc bệnh lao hoặc bệnh  
Hansen, để đảm bảo an toàn cho bạn bè, người thân, đồng nghiệp, v.v..., đồng  
thời vì sức khỏe của bản thân, tôi đồng ý phối hợp kiểm tra và điều trị và uống  
thuốc theo đúng sự hỗ trợ và chỉ dẫn của nhân viên trợ giúp, nhằm hoàn tất quy  
trình điều trị bằng thuốc ít nhất từ 6 tháng (bao hàm )trở lên, cho đến khi khỏi  
bệnh lao.

Tôi ủy quyền cho trạm quan tâm quan sát điều trị trực tiếp của cơ quan y tế  
tiến hành bảo quản thuốc điều trị lao hoặc bệnh Hansen của tôi, tôi đồng ý chủ  
động đến địa điểm do cơ quan y tế chỉ định, để nhân viên hỗ trợ tiến hành điều  
trị theo phương pháp quan sát điều trị trực tiếp là “đưa thuốc tận tay, bỏ thuốc  
vào miệng, nuốt xong rồi mới về” ít nhất 5 lần 1 tuần.

Tôi hiểu rõ rằng nếu tôi không phối hợp điều trị phương pháp quan sát điều  
trị trực tiếp trong ít nhất 15 ngày trở lên, hoặc nếu kết quả kiểm tra sau đó có  
tình trạng đa kháng thuốc lao, thì sẽ bị coi là có kết quả khám sức khỏe không  
đạt, và sẽ bị hủy bỏ giấy phép lao động.

Người ký giấy đồng ý : \_\_\_\_\_（ký tên）Ngày tháng năm : \_\_\_\_\_

## 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

本人 \_\_\_\_\_，護照號碼 \_\_\_\_\_，性別 \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_，茲因罹患結核病或漢生病，為保護親朋好友同事等，並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助、關懷下按規服藥治療，完成至少 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療藥物，本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每週至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，或後續診斷為多重抗藥結核病者，將視為健康檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人： \_\_\_\_\_（簽名）日期： \_\_\_\_\_

### 泰文

หนังสือยินยอมรับการรักษาแบบการให้ยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงจากเจ้าหน้าที่กรมอนามัย

ข้าพเจ้า..... หนังสือเดินทางเลขที่..... เพศ.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด..... เนื่องจากป่วยเป็นวัณโรค(หรือโรคเรื้อน)  
เพื่อเป็นการคุ้มครองญาติมิตรและเพื่อนร่วมงานเพื่อสุขภาพของคนที่ดีขึ้นต้องยินดีให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาและกินยารักษาให้ครบ 6 เดือนภายใต้การช่วยเหลือและการดูแลของเจ้าหน้าที่ตามที่กำหนด เพื่อรักษาโรคนี้นี้ให้หายขาด

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรักษาพยาบาลที่มีแผนการรักษาแบบการให้ยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงเป็นผู้เก็บยารักษาวัณโรค(หรือโรคเรื้อน)  
ข้าพเจ้ายินดีไปพบเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยรักษาพยาบาลตามที่กำหนดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดย 「ให้ยากับมือ กินยาต่อหน้า กลืนแล้วค่อยกลับ」 อย่างใกล้ชิด

ข้าพเจ้ารับทราบถ้าหากไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาแบบสังเกตโดยตรงและติดตามผลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาติดต่อกัน 15 วันขึ้นไปหรือหากแพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอาการคือยาในภายหลัง จะถือว่าตรวจโรคไม่ผ่าน  
ต้องยุติสัญญาจ้างและส่งกลับบ้าน

ผู้ยินยอม \_\_\_\_\_ (เซ็นชื่อ) วันที่ \_\_\_\_\_