

## 附表十一 患者服用Acitretin製劑同意書

病歷號碼：\_\_\_\_\_

茲證明本人\_\_\_\_\_年齡\_\_\_\_\_出生日期西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_日

身分證號碼：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

確認經由\_\_\_\_\_醫院\_\_\_\_\_醫師詳細

告知服用

acitretin製劑之主要可能副作用和處置方式。

本人完全瞭解acitretin製劑可能對本人的嚴重性牛皮癬或皮膚角化症有所幫助，但服用時必須要小心，特別要注意下列事項：

1. 女性患者服藥期間及停藥後至少 24 個月內，絕對不可懷孕，因為在上述期間發生懷孕，則很可能產生胎兒畸形。
2. 服藥期間及停藥至少廿四個月內，請勿捐血以免受血者產生畸胎。
3. 因為對肝腎功能不全之病人為禁忌，請病人需依醫師指示定期做血液、肝功能、血脂肪等方面之檢查。
4. 未經醫師許可，絕對不可將acitretin製劑轉予他人使用。

本人確實瞭解採取下列方法為絕對需要：

1. 女性患者在服用acitretin製劑前必須驗孕以確定尚未懷

2. 女性患者在服用acitretin製劑之前的四個星期，治療期間及停藥後至少 24 個月內，必須使用有效之避孕方法。

3. 萬一在上述期間發生懷孕，本人保證立刻通知\_\_\_\_\_醫師。

雖然本人充分瞭解假使在上述期間發生懷孕可能導致之後果，本人仍然願意接受acitretin製劑治療，並且願意承受這種危險性及有關注意事項。

為慎重計，特立此同意書。

日期: 西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，地點: \_\_\_\_\_

立同意書人: \_\_\_\_\_

(未成年人需經法定代理人之同意)