

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院 藥物治療病人同意書

藥品申請原因 (請勾選) : 專案進口 恩慈療法 藥品仿單核准適應症外治療(Off-label use)

藥品名稱 :

執行單位 : 電話 :

治療醫師 : 職稱 :

病人姓名 : 性別 : 男 女 年齡 :

病歷號碼 :

通訊地址 : 連絡電話:

緊急聯絡人 : 與病人關係 : 連絡電話:

(一)治療目的 :

(二)治療方法 :

(三)預期治療效果 :

(四)可能導致之副作用、危險及處理方法 : (若有嚴重不適情況，請立即告知主治醫師)

(五)其他可能之治療方法及其說明 :

(六)治療進行之禁忌或限制活動 :

(七)藥品費用 : 本藥品需自費使用。 本藥品由_____免費提供使用，若日後無法免費供藥時， 以優惠價格提供 依健保規定辦理 其他方式 (請說明) : _____

本人已詳閱以上各項資料，並了解本藥品尚未取得衛生福利部許可證或不符合許可適應症，不適用藥害救濟法。有關本藥之疑問經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。

立同意書人 : _____ (簽章) 身份證字號 : _____

與病人關係(請圈選) : 本人、 配偶、 父、 母、 兒、 女、 其他 : _____

地址 : _____ 電話 : _____ 日期 : 西元_____年____月____日

*病人雖非無行為能力者或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之。前項有同意權人為配偶及同居之親屬。

治療醫師簽章 : _____ 日期 : 西元_____年____月____日