科　別：　　　　病床號：

索引號：　　　　　　性別：

姓　名：

出生年月日:

 **臺中榮民總醫院**

 **特殊藥品病人同意書**

**□專案進口 □專案製造 □特殊藥品說明**

|  |
| --- |
| 藥品名稱： 使用單位： 治療醫師： 電話：04-23592525分機 24小時緊急電話：病人姓名： 性別： 出生年月日：病歷號碼： 身分證字號： 聯絡電話：地址： |
| 1. 治療疾病名稱：
 |
| 1. 使用本療法之原因：
 |
| 1. 治療方法(含給藥時機、途徑、給藥間隔、劑量、療程….等)：
 |
| 1. 可能導致之副作用、發生率及處理方法：

  |
| 1. 預期治療效果：
 |
| 1. 治療期間之禁忌、限制或應配合的事項：
 |
| 1. 其他可能之治療方法及其說明：

  |
| 1. 病人權益：

本品自費時預計每支/顆收費 元。醫師可能因病況而主動中止本藥物繼續使用。若本藥品國內尚無衛生福利部核准許可證或適應症，不適用於藥害救濟法。\*上述價格為估計參考費用; 如有異動，仍以收費時價格為準\* |
| 1. 簽章

1.主治醫師已詳細解釋有關本藥的性質與治療目的，及可能產生的危險與利益。醫師簽名： 日期：　 　年　 　月　 　日2.本人因疾病或個人需求使用此藥品，經醫療人員說明後，瞭解此藥品之使用原因、療程、注意事項、副作用及與其他可能之治療方法療效比較，本人同意使用此藥品，若為自費藥品，願意自行負擔費用。立同意書人: 日期：　 　年　 　月　 　日立同意書人非病人本人者，請加填下述資訊:關係: 病人之 身分證字號: 電話:  |