**臺中榮民總醫院**

科　別：　　　　病床號：

索引號：　　　　　　性別：

姓　名：

出生年月日:

 **專案進口藥品病患同意書**

|  |
| --- |
| 藥品名稱：Dactilon (Dactinomycin) 0.5mg/ Vial 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：妊娠滋養層細胞腫瘤
 |
| 1. 使用本療法之原因：具抗腫瘤之療效，用於治療婦女癌症，預期控制腫瘤。
 |
| 1. 治療方法(含給藥時機、途徑、給藥間隔、劑量、療程….等)：依癌症種類、癌症部位及其他併用之化療或放療選定適合劑量，並參考仿單。由靜脈輸注: dactinomycin 0 .5 mg days 1 and 2，注射2天。
 |
| 1. 可能導致之副作用、發生率及處理方法：噁心、嘔吐、食慾差、腹痛、腹瀉、毛髮稀疏、面皰等。對軟組織、皮膚等有傷害性，若不小心接觸要以水或生理食鹽水沖洗15 分鐘。大部份不良反應在停藥後不久，即可恢復。
 |
| 1. 預期治療效果： 具抗腫瘤之療效，用於治療婦女癌症，預期控制腫瘤。但由於每位病患的狀況都不相同，所以無法完全正確預測在您身上可能發生的療效與副作用，您必須與醫師討論接受化學治療的利弊，並對治療抱持實際的期望。
 |
| 1. 治療期間之禁忌、限制或應配合的事項： Dactinomycin不該於感染水痘或帶狀皰疹時施打，且使用此藥期間也不該注射活性病毒疫苗。
 |
| 1. 其他可能之治療方法及其說明：*無*

  |
| 1. 病人權益：

本品自費時預計每支/顆收費 1443 元，本藥內尚無衛生福利部核准許可證，不適用於藥害救濟法。醫師可能因病況而主動中止本藥物繼續使用。 |
| 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.本人已詳閱以上各資料，有關本藥的疑問業經治療醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥，並願意配合治療程序，然中途退出不需述明理由，亦不會影響醫病關係及本人的權益。使用病患簽名： 日期：　 　年　 　月　 　日法定代理人／立同意書人簽名： 關係： 身份證字號： 日期：　 　年　 　月　 　日 見證人（非本人或法定代理人簽名，則須見證人簽名）：見證人簽名： 身份證字號： 日期：　 　年　 　月　 　日 |