科　別：　　　　病床號：

索引號：　　　　　　性別：

姓　名：

出生年月日:

  **臺中榮民總醫院**

**專案進口/製造藥品病人同意書**

|  |
| --- |
| 藥品名稱： LHRH Ferring 0.1mg/1ml/Amp ■專案進口 □專案製造使用單位： 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：腦下垂體LH-RH分泌機能檢查
 |
| 1. 使用本療法之原因：檢查腦下垂體LH-RH分泌機能檢查是否正常。目前國內尚無其他可比較或適宜之療法。
 |
| 1. 治療方法(含給藥時機、途徑、給藥間隔、劑量、療程….等)：

Gonadorelin 100 micrograms，用於靜脈注射。 |
| 1. 可能導致之副作用、發生率及處理方法：

副作用罕見:發生頻率＜1/1,000，包括心搏過速，噁心，腹部不適，過敏反應。副作用發生時，醫師會給予適當之處置。 |
| 1. 預期治療效果：檢查腦下垂體LH-RH分泌機能是否正常，但由於每位病人的狀況都不相同，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此檢查的利弊，並對檢察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：

在正常週期的卵泡期間給藥可能導致過早排卵，建議採取適當的措施防止意外懷孕。不建議將Gonadorelin及其類似物用於垂體腺瘤出血的患者，可能發生梗塞(腦下垂體腫瘤出血)  |
| 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\_\_\_\_\_元。本藥品國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。使用病人簽名： 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 |