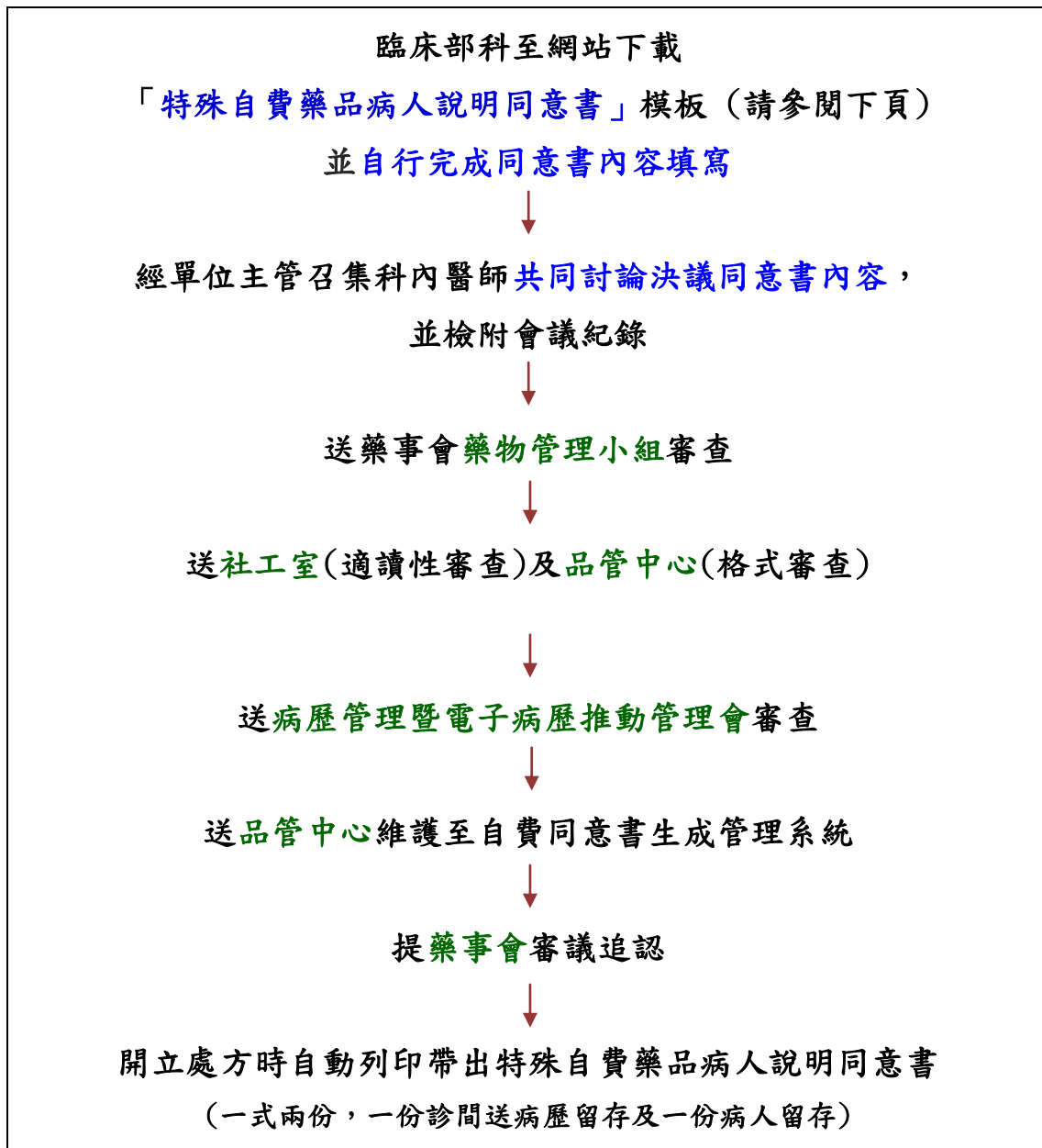


## 「特殊自費藥品病人說明同意書」建置審查流程



附件

臺中榮民總醫院  
特殊藥品病人同意書

科 別：\_\_\_\_\_ 病床號：\_\_\_\_\_  
索引號：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_  
姓 名：\_\_\_\_\_

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：		

(一) 治療疾病名稱：

(二) 使用本療法之原因：

(三) 治療方法(含給藥時機、途徑、給藥間隔、劑量、療程....等)：

(四) 可能導致之副作用、發生率及處理方法：

(五) 預期治療效果：

(六) 治療期間之禁忌、限制或應配合的事項：

(七) 其他可能之治療方法及其說明：

(八) 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\*

(九) 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：\_\_\_\_\_