臺北榮民總醫院

專案進口/緊急治療(恩慈療法)病患同意書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 治療藥品/醫療器材/醫療技術： | | |
| 執行單位：  治療醫師： | 電話：  職稱： | |
| 病人姓名： | 性別： | 年齡： |
| 病歷號碼： | 身分證號碼: | |
| 通訊地址： | 電話： | |
| 緊急聯絡人： | 電話： | |
| 1. 治療疾病名稱與治療目的  （註：須註明本品未經衛生福利部核准上市，或本品已經衛生福利部核准上市，但於本次治療非屬適應症使用，且其效果與風險均具有不確定性）  （註：須說明病人符合供診治危急或重大病患之用，且目前尚無衛生福利部核准上市之替代品可使用之理由，合理引用文獻數據，及原產國人體試驗(及上市)情況） | | |
| 2.治療方法（含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程…等） | | |
| 3.可能產生的副作用、處理方式 | | |
| 4.預期治療效果： | | |
| 5.治療進行中之禁忌或限制活動 | | |
| 6.其他可能之治療方法選擇及說明：  （註：須敘明無法使用傳統治療方式或其他可比較或適宜替代療法之判斷過程） | | |
| 7.藥品/醫療器材/醫療技術費用  自費使用  本藥品/醫療器材/醫療技術由 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：  其他，請說明： | | |
| 本人已詳閱以上各項資料，完全瞭解上述各項內容 | | |
| 病人簽署：  法定代理人/監護人簽署： | 日期：  日期： | |
| 口頭同意之見證  如您不是病患或其法定代理人/監護人，但因事實需要，患者或其法定代理人/監護人無法簽署本同意書而需由您代簽。請指出您與患者的關係： | | |
| 有同意權人姓名簽署：  與病患關係：  見證人：  (同意人、法定代理人或有同意權之人皆無法閱讀時以指印代替簽名，應由見證人在場參與所有有關此同意書之討論，並於見證人欄位簽署與填寫相關資訊。) | 日期：  日期：  日期： | |
| 治療醫師簽署： | 日期： | |

註：請口語化簡單描述