

附件三

長期使用成癮性麻醉藥品病人告知同意書

一、病人基本資料：

病人姓名：_____ 生日：____年____月____日

病歷號碼：_____ 性別： 男 女

二、醫師之聲明：

病人已被告知罹患_____，有難忍之慢性疼痛，經審慎評估後，需長期使用成癮性麻醉藥品，該藥品具成癮性，故需遵守醫囑使用。

主治醫師：_____ (簽章)

三、病人之聲明：

成癮性麻醉藥品之各種副作用及服藥時應注意事項，經醫師說明後，本人已充分瞭解並願恪守下列原則，且依貴院之指導接受治療。

- (一)任何情況下，均不得自行要求醫師開立成癮性麻醉藥品處方。
- (二)本人使用後若發生成癮，同意接受解癮之相關治療。
- (三)本人若在其他醫療機構診治時接受同類藥品，應據實告知診治醫師，否則接受停藥。
- (四)若因故停止服用該類藥品時，願依醫院規定退回剩餘之藥品。
- (五)本藥品僅供正當醫療用途，不得做為其他使用。
- (六)我已閱讀、瞭解並同意遵循「長期使用成癮性麻醉藥品病人應注意暨遵循事項」。

1.病人：_____ (簽章) 身分證字號：_____

1.電話：_____ 住址：_____

2.法定代理人(或家屬):_____ (簽章) 身分證字號：_____

2.和病人之關係:_____

2.電話：_____ 住址：_____

3.見證人：_____ (簽章) 身分證字號：_____

電話：_____ 住址：_____

茲見證下列事項：

立同意書人無法閱讀，經說明已確切瞭解本同意書內容。

該指印為_____ (蓋指印者姓名)之指印。

說明: 1.當病人為成年者，請病人填寫 1.之資料；若病人不識字時，病人得以按指印代替簽名，惟應有已成年之見證人填寫 3.之資料。

2.當病人為未成年者(未滿 20 歲且未婚)，並請法定代理人(或家屬)填寫 2.之資料。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件四

長期使用成癮性麻醉藥品病人應注意暨遵循事項

- 1.使用成癮性麻醉藥品的目的在緩解您的疼痛及改善您的日常生活功能。
- 2.使用成癮性麻醉藥品可能的副作用如下：噁心、嘔吐、便秘、鎮靜嗜睡、譫妄及皮膚癢等。這些副作用是可以預防或治療的。當使用這類藥品後有任何不適請與處方藥品的醫師聯絡。
- 3.雖然成癮性麻醉藥品的過量反應非常少見，但若和飲酒或和鎮靜安眠藥同時使用時就有可能會發生。藥品過量的症狀包含口齒不清、哭鬧無常、步態不穩、呼吸緩慢、神智不清、皮膚發紺、昏迷甚至死亡。
- 4.成癮性麻醉藥品使用後成癮可能性非常低。但在以往有該類藥品、酒精或其它藥品成癮病史的病人，會有較高的成癮可能性。
- 5.請依醫囑用藥，請勿自行調整用藥的劑量。
- 6.當藥品須減量時須依醫囑緩慢並循序漸進的減量，請勿突然停用藥品。
- 7.您在使用藥品後，如有頭暈或嗜睡現象，請勿駕車、騎車或操作機具，以免發生意外。
- 8.在使用成癮性麻醉藥品期間請勿飲酒。
- 9.請勿將成癮性麻醉藥品交由家人或朋友（他人）使用。
- 10.請勿從家人或朋友（他人）處取得並使用成癮性麻醉藥品。
- 11.成癮性麻醉藥品之置放地點應遠離兒童易取得之地點。
- 12.您在領取成癮性麻醉藥品後，負有保管之責，請妥善保管，勿隨意置放，以免遺失。
- 13.勿將口服長效錠嚼碎使用，勿將非注射使用之藥品經由注射使用。
- 14.為了保障您用藥安全並避免成癮性麻醉藥品產生生理或心理上的依賴性，請每半年接受精神科醫師診查。
- 15.成癮性麻醉藥品屬第一級至第三級管制藥品，限供醫藥及科學上之需用，倘非法販賣、持有、施打者，將依毒品危害防制條例移送法辦。