國軍高雄總醫院人體試驗委員會

專案進口病患同意書(藥品)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 藥品名稱： | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 使用單位： |  | 部/病房 |  |  | | 治療醫師： |  | 電話： |  |  | | | | |
| 病患姓名： | | 性別： | 年齡： |
| 病歷號碼： | |  |  |
| 通訊住址： | | 電話： |  |
| 緊急聯絡人： | | 電話： |  |
| （一）治療目的：  註：須註明1.本品未經衛生福利部核准上市2.恩慈療法不適用藥害救濟  註：依據藥害救濟法第13條第七點：因使用試驗用藥物而受害，不得申請藥害救濟。 | | | |
| （二）治療方法： | | | |
| （三）可能導致之副作用與危險： | | | |
| （四）預期治療效果： | | | |
| （五）其他可能之治療方法及其說明： | | | |
| （六）費用負擔方式： | | | |
| （七）本人已詳閱以上各項資料，有關本藥之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。  病患簽名： 日期：  法定代理人簽名： 日期：  如您不是病患或其法定代理人，但因事實需要，患者或其法定代理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：  有同意權人姓名簽章： 日期：  與病患關係：  見證人： 日期：  (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) | | | |
| （八）本人已詳細解釋並回答有關本次治療的性質與目的，及可能產生的副作用與危險  治療醫師簽章： 日期： | | | |

註：請口語化簡單描述