國軍高雄總醫院人體試驗委員會

恩慈療法病患計畫書(細胞治療技術)

|  |
| --- |
| 治療計畫概要：1. 細胞治療項目(細胞種類)：
2. 適應症名稱(含中/英文)：
3. 計畫簡述：
 |
| 細胞製品1. 細胞來源：
2. 細胞製程資訊：
3. 施用劑量/細胞數：
4. 施用劑量之合理性與依據：
5. 施用細胞治療的途徑(route of administration)：
6. 施用細胞之頻率及總次數：
 |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）評估病患符合此治療之條件及方式： |
| （二）細胞治療施行流程： |
| （三）細胞製品運送至治療機構之程序，以及於治療機構之保存方式： |
| （四）接受治療病患之照護方式，包含疾病惡化之後的後續治療處理原則： |
| （五）併用治療方法： |
| （六）禁用治療： |
| （七）緊急處理機制： |
| （八）治療效果之評估與追蹤方式：1. 治療效果評估指標及其方法學
2. 安全性評估指標及其方法學
3. 治療期間以及治療結束後的追蹤頻次
 |
| （九）費用及其收取方式□廠商： 免費提供□病患自費使用： (金額)須檢附其費用之成本分析、項目及金額)□其他：  |
| （十）發生不良反應之救濟措施1. 不良反應通報
	1. 發生非預期嚴重不良反應時之24小時緊急連絡人
	2. 通報流程及處理方式
2. 救濟措施
	1. 保險措施(請述明保險廠商)
	2. 其他救濟措施
 |
| （十一）參考文獻 |
| （十二）細胞製備場所資料1. 所屬機構名稱
2. 負責人姓名
3. 細胞製備場所地址
 |