

財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院

Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

病歷號：

姓名：

生日：

床號：

藥品「仿單核准適應症外使用」說明暨同意書

依據衛署醫字第 0910014830 號函，藥品「仿單核准適應症外的使用」原則規定如下：

- (一) 需基於治療疾病的需要（正當理由）；
- (二) 需符合醫學原理及臨床藥理（合理使用）；
- (三) 應據實告知病人；
- (四) 不得違反藥品使用當時，已知的、具公信力的醫學文獻；
- (五) 用藥應儘量以單方為主，如同時使用多種藥品，
應特別注意其綜合使用的療效、藥品交互作用或不良反應等問題。

醫師依以上原則，謹慎評估藥品使用效益及風險後，開立以下藥品進行治療，特以此說明之。

◇本次使用藥品名稱：_____

◇本次藥品使用理由：_____

◆醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：

西元 _____ 年

_____ 月 _____ 日

說明醫師：_____ 時 _____ 分（簽章）

【下頁同意書未完成填寫，無法使用此藥品】

財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院

Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

病歷號：

姓名：

生日：

床號：

藥品「仿單核准適應症外使用」同意書

病人因疾病需接受上述藥物治療。立同意書人已經與醫師討論過接受這個藥物治療的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意，並且保有此資料副本一份。

西元 _____ 年

_____ 月 _____ 日

立同意書人：_____ 時 _____ 分 (簽章) 身分證字號：_____

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他(_____)

西元 _____ 年

_____ 月 _____ 日

見證人 1：_____ 時 _____ 分 (簽章) 身分證字號：_____

西元 _____ 年

_____ 月 _____ 日

見證人 2：_____ 時 _____ 分 (簽章) 身分證字號：_____

備註：如由病人、親屬或關係人簽署本同意書時，無需見證，見證人欄免填。若立同意書人意識清楚，但無法簽名且無其他親屬或關係人在場可簽署時，得在二名見證人在場下，以按捺指印代替簽名，本醫院人員不宜擔任見證人。

財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院

Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

病歷號：

姓名：

生日：

床號：

藥品「仿單核准適應症外使用」說明暨同意書

依據衛署醫字第 0910014830 號函，藥品「仿單核准適應症外的使用」原則規定如下：

- (一) 需基於治療疾病的需要（正當理由）；
- (二) 需符合醫學原理及臨床藥理（合理使用）；
- (三) 應據實告知病人；
- (四) 不得違反藥品使用當時，已知的、具公信力的醫學文獻；
- (五) 用藥應儘量以單方為主，如同時使用多種藥品，
應特別注意其綜合使用的療效、藥品交互作用或不良反應等問題。

醫師依以上原則，謹慎評估藥品使用效益及風險後，開立以下藥品進行治療，特以此說明之。

◇本次使用藥品名稱：_____

◇本次藥品使用理由：_____

◆醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：

西元 _____ 年

_____ 月 _____ 日

說明醫師：_____ 時 _____ 分（簽章）

【下頁同意書未完成填寫，無法使用此藥品】

財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院

Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

病歷號：

姓名：

生日：

床號：

藥品「仿單核准適應症外使用」同意書

病人因疾病需接受上述藥物治療。立同意書人已經與醫師討論過接受這個藥物治療的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且同意，並且保有此資料副本一份。

西元 _____ 年

_____ 月 _____ 日

立同意書人：_____ 時 _____ 分 (簽章) 身分證字號：_____

與病人之關係(請圈選)：本人、配偶、父、母、兒、女、其他(_____)

西元 _____ 年

_____ 月 _____ 日

見證人 1：_____ 時 _____ 分 (簽章) 身分證字號：_____

西元 _____ 年

_____ 月 _____ 日

見證人 2：_____ 時 _____ 分 (簽章) 身分證字號：_____

備註：如由病人、親屬或關係人簽署本同意書時，無需見證，見證人欄免填。若立同意書人意識清楚，但無法簽名且無其他親屬或關係人在場可簽署時，得在二名見證人在場下，以按捺指印代替簽名，本醫院人員不宜擔任見證人。