

衛生福利部疾病管制署
抗結核公費藥(專案進口)病人同意書

治療藥品：capreomycin 1gm	
執行單位：	電話：
治療醫師：	職稱：
病人姓名：	性別：
身分證字號：	年齡：
通訊地址：	電話：
緊急聯絡人：	電話：
治療疾病名稱：結核病	
給藥方法（含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程等）：	
每日_____次，每次_____ gm(_____ 瓶)	
治療期間預計_____個月。	
可能產生的副作用及處理方式：	
副作用：注射部位疼痛或產生硬塊、蕁麻疹、皮膚潮紅、頭暈、暈眩、聽力減退、聽神經毒性、前庭神經毒性、電解質不平衡、腎毒性。	
處理方式：如有上述症狀，請聯繫醫院評估是否立即回診。	
預期效果：具抗結核療效	
◎禁忌：對此藥品成分過敏者。	
◎注意事項：腎功能不全和聽力障礙者須小心使用。	
◎孕婦及哺乳者：不建議使用。	
※本藥品無衛生福利部藥品許可證，不適用藥害救濟法。	
本人已詳閱以上各項資料，有關本藥品之疑問業經治療醫師詳細解釋，本人同意使用本藥品。	
病人/親屬或關係人（與病人關係：_____）簽署：	日期： 年 月 日
治療醫師簽署：	日期： 年 月 日