

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：pretomanid 200mg	
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_____ mg( _____顆)	
治療期間預計_____個月。	
可能產生的副作用及處理方式：	
副作用：噁心、嘔吐、頭痛、食慾不振、腹痛、腹瀉、消化不良、低血糖、體重異常減輕、皮疹、搔癢、痤瘡、咳嗽、背部疼痛、咯血、貧血、視覺受損、周邊神經病變、 $\gamma$ -GT(Gamma Glutamyl Transpeptidase，麩胺轉酸酶)升高、肝功能異常/肝炎、胸膜炎、下呼吸道感染、高澱粉酶血症、QTc 間期延長。	
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：1.對此藥品成分過敏者；2.對 bedaquiline 和 linezolid 二種藥品為禁忌症的病人，因為 pretomanid 是與前述二種藥物併用。	
◎注意事項：pretomanid 與 bedaquiline、linezolid 併用時可能會導致肝炎的發生，需追蹤病人症狀和身體表徵以及肝功能相關的檢查結果。	
◎孕婦及哺乳者：世界衛生組織暫不建議使用。	
※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