

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：rifampicin 75mg + isoniazid 50mg + pyrazinamide 150mg
愛兒肺平-3 複方可溶錠(RHZ)

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：發燒、噁心、嘔吐、食慾不振、疲倦感、虛弱無力或全身不適感、皮膚或眼白發黃，上述徵象可能是肝臟問題的早期徵兆。

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. 對藥品成分有過敏紀錄。
2. 患有急性肝臟疾病。
3. 患有與之前使用 isoniazid、rifampicin 及 pyrazinamide 相關的肝臟損傷。
4. 對於 isoniazid、rifampicin 及 pyrazinamide 曾出現嚴重副作用，如藥品引起的發燒、發冷或關節炎。
5. 接受抗黴菌 voriconazole 治療或使用特定抗 HIV 感染藥物或抗 C 肝病毒藥物。

◎注意事項：應定期檢查肝、尿酸指數；排尿、眼淚、咳痰均會變成橘紅色。

※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