

領用瘧疾藥品同意書

Antimalarial Drug Consent Form

姓名 Name		身份證（護照）號碼 I.D. (Passport) No.		國籍 Nationality	
出生年月日 Date of Birth		職業 Occupation		電話號碼 Phone No.	
地址 Address					
到訪國家 Country of Destination					
出國目的 Purpose of Traveling abroad					
出國日期 起迄 Dates Abroad	自 From	(年/月/日) (yyy/mm/dd)	至 To	(年/月/日) (yyy/mm/dd)	

本人已了解服用瘧疾藥物可能引起之副作用及需服用的原因；若服藥後發生不適或緊急之情況，應立刻至醫院向醫師諮詢或接受醫院必要之治療。

I understand the reasons for taking antimalarials and am aware of the possible side effects. Should any discomfort or side effect results after taking antimalarials, I will immediately seek medical attention and proper treatment .

申請人簽章：_____

Signature of Applicant

申請日期：_____

Date of Application

用途 (purpose)	品 項 (drug) / 數 量 (number)
<input type="checkbox"/> 預防 chemoprophylaxis	<input type="checkbox"/> Malarone® _____ tab
<input type="checkbox"/> 治療 treatment	<input type="checkbox"/> Artesunate _____ amp. <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine _____ tab <input type="checkbox"/> Primaquine _____ tab <input type="checkbox"/> Falcitrim® _____ box (artesunate 600mg+mefloquine 1500mg)

若發現因使用藥物發生不良反應時，請立即通報全國藥物不良反應通報中心，以保障病人權益。
本同意書請醫療院所自行保存或張貼於病歷。

醫院名稱：_____

Name of Hospital

醫師簽章：_____

Signature of Dr.