

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：terizidone 250mg	
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：可能出現中樞神經失調的現象，如：頭痛、暈眩、煩躁不安、顫抖、失眠和酒醉的感覺。偶爾會出現癲癇的抽搐以及抑鬱或躁鬱的心理反應。	
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 terizidone 和 cycloserin 過敏、腎功能減弱、嚴重的腦硬化症、酒癮者、精神失常(尤其是抑鬱症和其他精神疾病)、癲癇。	
◎注意事項：服用藥物期間應避免危險機具之操作。	
◎孕婦及哺乳者：因缺乏足夠的安全性資料，請與診療醫師討論再決定用藥。	
※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

