

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：PAS (aminosalicylic acid granules) (PASER [®] GRANULES)	
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(_____包)	
治療期間預計_____個月。	
可能產生的副作用及處理方式：	
副作用：腸胃道副作用，如：噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉；發燒、皮膚發疹、血糖過低、溶血性貧血(蒼白、喘)、白血球降低、血小板減少(皮膚出現紫斑、出血點，牙齦出血)、血管炎、肝炎(食慾不振、疲倦、黃疸、皮膚或眼白發黃，茶色尿)、視神經炎(視力模糊)、Loeffler's syndrome(嗜酸性紅血球增多、疲倦、發燒、喘、肺部浸潤)等。	
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：對此藥品有過敏紀錄、嚴重腎病病人。	
◎注意事項：服藥時須搭配酸性飲料，如蘋果汁、柳丁汁、養樂多、蔓越莓汁等。	
◎孕婦及哺乳者：缺乏足夠的安全性資料，請與治療醫師討論決定用藥。	
※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