

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：clofazimine (Lamprene®)	
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：結膜、角膜、淚液、汗水、唾液、尿液、糞便、臉部、鼻分泌物、精液、乳汁會變色。發炎、皮膚癢、噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉、視力減弱、乾眼症。皮膚毛髮變色由淡紅到棕黑色，可能在治療結束後幾個月或幾年才消失；可能導致 QTc 間期延長，須定期監測心電圖。	
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：對此藥品成份過敏者不適用。	
◎注意事項：服藥後若有腸胃不適或者情緒低落之情況時，請務必告知醫師。可能導致 QTc 間期延長，須定期監測心電圖。	
◎孕婦及哺乳者：因缺乏足夠的安全性資料，請與治療醫師討論再決定用藥。(世界衛生組織建議懷孕或哺乳期間使用此藥品之益處大於風險)。	
※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

