

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：kanamycin 1gm | |
| 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_____ gm(_____瓶) 治療期間預計_____個月。 | |
| 可能產生的副作用及處理方式： | |
| 副作用：注射部位疼痛、硬結，以及耳鳴、暈眩、聽力衰退等聽神經障礙（含聽力受損，主要是耳蝸機能障礙）。腎毒性偶爾發生，對腎功能障礙或同時使用其他腎毒性藥物之病人，會增加其腎毒性的機會。耳毒性或腎毒性較易發生在高齡病人，且與累積劑量及最高藥物血中濃度有關，因此用藥前最好先檢查聽力及平衡功能。 | |
| 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：聽神經障礙者、重症肌無力。 | |
| ◎注意事項： | |
| 1. 與 loop diuretics 利尿劑合併使用時，可能增加其耳毒性。 | |
| 2. 與 non-depolarizing muscle relaxants 併用時可能造成呼吸抑制，須謹慎使用。 | |
| 3. 與 amphotericin B、foscarnet、cidofovir 等合併使用時，須密切監測腎功能。 | |
| ◎孕婦及哺乳者：不建議使用。 | |
| ※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 |

