

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：prothionamide 250mg (PETEHA®)	
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：頭暈、頭痛、噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉、關節疼痛、肌肉無力、耳鳴、厭食、低血糖、過度流涎、口腔炎、視力模糊、甲狀腺功能減退、月經週期紊亂、男性女乳症、精神障礙、急性肝炎、周邊神經病變、腦病變。 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：對此藥品成分有過敏者、患有嚴重肝臟疾病或急性肝炎、患有癲癇或精神病。	
◎注意事項：應定期檢查肝功能、血液中尿酸值和血糖值。應告知醫師過去病史，如肝臟疾病、糖尿病、痛風或腎臟疾病。	
◎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