

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：delamanid (Deltyba®)  |           |
| 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：噁心、嘔吐、胃腸不適、頭痛、皮膚刺痛、食慾下降、耳鳴、疲勞、關節或肌肉疼痛、血鉀下降、尿酸上升、QTc 間期延長。                    |           |
| 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：對此藥物成分過敏者、血中白蛋白(albumin)過低(<2.8 g/dL)、目前正使用 CYP450 3A4 類藥品(如 Carbamazepine)。 |           |
| ◎注意事項：服用此藥時，可能會引起睏倦或眩暈，應避免駕車或操作具有危險性的機械。   |           |
| ◎孕婦及哺乳者：世界衛生組織暫不建議使用。  |           |
| ※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 |