

附件三、肉毒桿菌抗毒素使用申請表暨病患（代理人）同意書

A. 基本資料

1. 個案姓名：_____ 4. 出生日期：_____年_____月_____日
2. 國籍：本國籍 非本國籍：_____（請再勾選居留及健保欄）（有無居留證，有無健保卡） 5. 居住地：_____縣（市）
_____鄉鎮市區
3. 性別：男 女 6. 體重：_____公斤

B. 發病及暴露史

1. 發病時間：_____年_____月_____日_____時
2. 攝食時間：_____年_____月_____日_____時
3. 疑似中毒食物：_____
4. 共食者：_____人，出現疑似症狀者_____人
5. 其他：_____

C. 臨床評估及檢查

1. 症狀：意識狀態：E_____V_____M_____（必填）；
神經症狀：1. 視覺模糊（複視）；2. 眼皮下垂；3. 瞳孔放大；4. 口乾；5. 吞嚥困難；
6. 說話困難；7. 呼吸困難；8. 排尿困難；9. 感覺異常；10. 近端肢體無力（10-1
上肢、10-2下肢）；11. 遠端肢體無力（11-1上肢、11-2下肢）
腸道症狀：12. 嘔吐；13. 腹瀉；14. 便秘；15. 腹脹
其他症狀：16. 發燒_____°C；17. 其他：_____（請填寫）
2. 插管治療：1. 否；2. 是（插管日期_____年_____月_____日）
3. 相關檢查：1. EMG_____；2. CSF_____；3. MRI_____；4. 其他：_____

D. 就醫過程

1. 初診醫院：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，主治醫師：_____
2. 轉診醫院 A：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，主治醫師：_____
3. 轉診醫院 B：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，主治醫師：_____

E. 檢附文件

- 病歷摘要（必備）
- 「使用專案進口肉毒桿菌抗毒素同意書」
- 如為因注射肉毒桿菌素或非本國籍、無本國居留證且無加入全民健康保險之外籍人士等個案，請填具「肉毒桿菌抗毒素付費使用同意書」。

F. 申請醫師

- 已詳閱「衛生福利部疾病管制署專案進口肉毒桿菌抗毒素申請及使用注意事項」
- 已詳閱「七價肉毒桿菌抗毒素使用說明」及「仿單」
- 已向病患詳細說明下列事項並獲得病患同意書如附頁。
- 一、需實施此項治療的原因
- 二、可能發生之併發症及危險

申請數量：_____瓶，申請日期：_____年_____月_____日 申請醫師：_____（簽名或蓋章）
醫療機構名稱：_____醫院_____科 主治醫師：_____

疾病管制署

審核紀錄

審核意見：

審核結果：同意，核定數量：_____瓶； 不同意

審核者：_____ 提供者：_____

審核日期：_____ 提供日期：_____

使用專案進口肉毒桿菌抗毒素同意書
Patient Consent Form for Botulism Antitoxin Use

本人（病患或代理人）經處方醫師之說明，已充分瞭解注射「七價肉毒桿菌抗毒素」可能引起之副作用及需注射的原因，並同意使用本抗毒素；若注射後發生不適或緊急之情況，應立刻向醫師諮詢或接受必要之處置。

I (or the representative) am fully informed and understand the botulism antitoxin therapy [Botulism Antitoxin Heptavalent (A, B, C, D, E, F, G) – (Equine), BAT] and the possible side effects associated with this therapy. I (or the representative) agree to receive the antitoxin therapy. Should any discomfort or side effect develops after injection of Botulism antitoxin, I (or the representative) will immediately seek medical attention.

*病患本人簽名（Signature of the patient）：_____

如果病患本人無法簽名，請代理人簽名

If the patient is unable to sign the consent form, the agreement should be signed from the representative.

與病患之關係（The representative: Please select the relationship with the patient）：

法定代理人或監護人（Legally Authorized Representative or Guardian）

配偶（Husband or Wife）

親屬，稱謂：_____（Relative: _____）

其他關係人_____（Others: _____）

代理人簽名（Signature of the representative）：_____

代理人身分證字號(護照號碼)/I.D. (or Passport no.) of the representative：_____

日期（Date）：中華民國 年 月 日；_____（mm/dd/yyyy）

病人資訊 (Basic information of the patient):

1. 姓名：_____

2. 身分證字號(護照號碼)/I.D. (or Passport no.)：_____

3. 連絡電話或手機/Contact TEL (or Mobile phone)：_____

*註：使用者為未成年、無行為能力或限制行為能力者，應得其法定代理人（或監護人）同意。

*Note: The consent form must be signed by a legally authorized representative (or guardian) if the drug (antitoxin) is to be given to a minor, or an individual with no or limited capacity to make juridical acts.