

## 「在臺外籍愛滋感染者服藥 2 年內支持計畫」個案同意書

本人(立同意書人)\_\_\_\_\_，經\_\_\_\_\_醫院/診所的醫事相關人員說明與充分討論後，已充分瞭解服用抗人類免疫缺乏病毒(HIV)藥品(藥品名：Biktarvy®)做為治療 HIV 的目的，以及該藥品可能帶來的副作用與規則服藥的重要性。

本人同意以下事項，下列若有任何一項不同意，則不得加入本計畫：

- (一) 同意接受衛生福利部疾病管制署提供之 Biktarvy®贈藥，並遵從醫師的醫囑服用藥品，及接受治療所需之衛教、諮詢與後續追蹤檢驗等服務。醫師經專業評估，有權拒絕、暫停或終止個案加入或進行本計畫。
- (二) 同意本計畫僅提供藥品(Biktarvy®)及補助愛滋治療追蹤之病毒量與 CD4 淋巴球檢驗費用，其他醫療服務則應依健保給付規定或自費辦理。
- (三) 本人同意依衛生福利部疾病管制署規定，由愛滋指定醫療院所定期採取血液檢體，進行病毒量與 CD4 淋巴球檢驗，以評估治療效果及預測後續發病風險。
- (四) 本人知悉未經過醫師評估自行中斷服藥，愛滋病毒可能會產生抗藥性，增加治療的困難度，且日後亦會有重症死亡風險。
- (五) 本人同意加入計畫後，願定期回診服藥，且知悉若中斷治療超過 1 個月，須終止參與計畫。
- (六) 本計畫補助之藥品為醫師處方用藥，若自行轉讓他人會違反我國藥事法第 50 條，最高得處新臺幣 200 萬元罰鍰。故本人遵守本計畫補助之藥品需經過醫師評估後方可開立使用，不得任意提供他人使用之規定。本人亦同意不得轉售本計畫補助之藥品，並知悉本計畫補助之藥品屬疾病管制署補助之藥品，若違反規定轉售，依我國藥事法第 28 條或第 55 條，最高得處新臺幣 500 萬元罰鍰。
- (七) 本計畫結束後，本人仍應配合醫囑持續就醫治療及定期追蹤，以避免中斷治療產生抗藥性及發病重症及死亡等風險。

立同意書人：\_\_\_\_\_ (簽名或蓋章)

外來人口統一證號：

連絡電話：

居住地址：

西元                      年                      月                      日

藥事法第 28 條「西藥販賣業者之藥品及其買賣，應由專任藥師駐店管理！」

藥事法第 50 條「須由醫師處方之藥品，非經醫師處方，不得調劑供應！」

藥事法第 55 條「經核准製造或輸入之藥物樣品或贈品，不得出售！」

---本同意書正本請指定醫療院所自行留存備查---