# 國 立 臺 灣 大 學 醫 學 院 附 設 醫 院

病歷號：

姓 名：

生 日：西元

年 月 日

National Taiwan University Hospital

**專案藥品病人同意書**

|  |
| --- |
| 藥品名稱： |
| 使用單位： | 科部/病房 |  |
| 治療醫師： | 電話： |
| 病人姓名： | 性別： | 年齡： |
| 病歷號碼： |  |  |
| 通訊住址： |  | 電話： |
| 緊急聯絡人： |  | 電話： |
| （一）治療目的： |
| （二）治療方法： |
| （三）可能導致之副作用與危險： |
| （四）預期治療效果： |
| （五）其他可能之治療方法及其說明： |
| 本人已詳閱以上各項資料，有關本藥之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。**立同意書人：** （簽章） 身分證字號：與病人之關係（請圈選）：本人、配偶、父、母、兒、女、其他： 住址： 電話：日期：西元 年 月 日\*病人雖非無行為能力或限制行為能力者，但因意識混亂或有精神與智能障礙，而無法進行有效溝通和判斷時，由有同意權之人為之。前項有同意權人為配偶及同居之親屬。 |
| (1.如由病人、親屬或關係人簽署本同意書，則無需見證，見證人部分得免填。2.若意識清楚，但無法親自簽具者且無親屬或關係人在場，得以按指印代替簽名，惟應有二位見證人。3.若病人意識不清且無親屬或關係人在場，醫療緊急情況得由2名合格醫師在病歷上證明需檢查或治療即可。)**見證人 1：** （簽章） **見證人 2：** （簽章） **見證人 1 身分證字號： 見證人 2 身分證字號：**日期：西元 年 月 日 |
| 治療醫師簽章：日期：西元 年 月 日 |

# 註：請口語化簡單描述



西元 2016 年 10 月 21 日病歷委員會修正通過 MR 19-421

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **文件編號** | **01400-4-601971** | **版次** | **02** |

西元 2016 年 09 月 26 日品質暨病人安全委員審核通過