

國立臺灣大學醫學院附設醫院 恩慈療法(藥品類) 治療計畫書

一、申請單位：

二、申請醫師：

三、申請藥品基本資料：

申請藥品名稱（商品名、學名）：

申請藥品規格含量：

申請藥品總數：

製造廠及產地：

委託廠商：

四、藥品付費方式： _____ 藥廠免費提供

五、使用病患姓名： _____ 共 _____ 人

六、治療疾病名稱：

七、其他可能之治療方法及其說明：

同類藥品：

醫療上可取代藥品：

八、給藥方法：(含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程...等)

九、療效評估：

十、預期效果：

十一、可能發生的副作用、處理方式：

(若發生藥品不良反應事件，請儘速通報本院藥事委員會、研究倫理委員會)

十二、相關文獻說明：

國立臺灣大學醫學院附設醫院 恩慈療法(藥品類) 病患同意書

藥品名稱：		
使用單位：	部/病房	
治療醫師：	電話：	
病患姓名：	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：		
*註：須註明本品未經衛生福利部核准上市		
(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：		
(六) 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。		
病患/法定代理人簽章：		日期：
如您不是病患或其法定代理人，但因事實需要，患者或其法定代理人無法簽署本同意書而需由您代簽。請指出您與患者的關係：		
有同意權人姓名簽章：		日期：
與病患關係：		
見證人：		日期：
(七) 治療醫師簽章：		日期：

註：請口語化簡單描述