**恩慈使用藥品病患同意書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病患姓名** |  | **出生日期** | 年 月 日 |
| **病歷號碼** |  | **性別** |  |
| **聯絡電話** |  | | |
| **通訊地址** |  | | |
| □ **藥品名稱：** | | | |
| 主治醫師 |  | **部門/職稱** |  |
| **電話/分機** |  |
| **手機** |  |
| **二十四小時 緊急聯絡人** |  | **電話/分機** |  |
| **手機** |  |
| 1. **治療目的 (\*註：須註明本品未經衛生福利部核准上市)：** | | | |
| 1. **治療方法** | | | |
| 1. **可能導致之副作用與危險：** | | | |
| 1. **預期治療效果：** | | | |
| 1. **其他可能之治療方法及其說明：** | | | |
| 1. **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：** | | | |
| 1. **治療醫師簽章： 日期：** | | | |

本同意書一式二份，雙方完成簽署後，各執一份留存。