中山醫學大學附設醫院
恩慈治療同意書

本申請表格限未領有許可證之特殊醫藥產品(如細胞治療…類), 須經醫事司核准者適用。(本同意書設計完成後, 請修改或刪除藍色字體。)

若使用細胞治療產品, 得將下方內文之「醫藥產品」, 改為「○○**細胞治療產品」或其**他特定產品名稱。

執行單位 :_____ 聯絡電話: 轉分機 主治醫師 :_____ 職稱: 藥品贊助者:□ 無_____ □ 有
病人姓名: 性別: 出生年月日: 身分證號: 病歷號: 通訊地址: 聯絡電話: 法定代理人/有同意權人姓名: 性別: 出生年月日: 與病人之關係: 身份證字號: 通訊地址: 聯絡電話:
1. 治療疾病名稱(包括癌症期別):
2. 建議採用恩慈療法的理由(病情說明):
3. 恩慈療法醫藥產品說明(適應症/給藥治療方法):
4. 恩慈療法醫藥產品可能產生的副作用及發生率、處理方式:
5. 醫藥產品治療之預期效果:
6. 特殊警語與使用注意事項:
7. 治療進行中之禁忌或限制活動(對申請藥品或藥品中任一成份過敏者, 均不得使用)

8. 病人權益與義務:

- 本藥品國內尚無衛生福利部核准許可證, 不適用於藥害救濟法。醫師可能因病況而主動中止本醫藥產品繼續使用。

9. 簽名

(一)主治醫師已詳細解釋有關預申請恩慈療法醫藥產品之治療目的, 及可能產生之危險與利益, 及詳如說明書的各項內容:

主治醫師:_____(簽名)日期:_____年___月___日

(二) 有關預申請恩慈療法醫藥產品之疑問, 已經主治醫師詳細予以解釋, 簽名人也已瞭解上述治療程序及其可能產生之利益與危險。簽名人同意接受以恩慈療法申請之醫藥產品進行治療。

(1)病人姓名(本人):_____(簽名)日期:___年___月__日

(2)病人之法定代理人:_____(簽名)日期:___年__月__日

與病人之關係(須勾選) 1.□父母 2.□監護人

(3)病人之關係人:_____(簽名)日期:___年___月__日

與病人之關係(須勾選)1.□配偶 2.□成年子女 3.□父母 4.□兄弟姊妹

(4)見證人:_____(簽名)日期:____年___月___日

身份證字號: 聯絡電話:

通訊地址:

茲見證下列事項:

□ 立同意書人無法閱讀, 經解釋已確切了解本同意書內容。

□ 該指印為_____(蓋指印者姓名)之指印。