

抗漢生病專案進口藥品病患同意書

病歷號碼：_____

姓名：_____ 生日：_____ 年齡：_____ 性別：_____

一、本人同意接受以下藥品作為漢生病治療

diaminodiphenylsulfone (商品名 Dapsone®)

rifampicin (商品名 Rimactane®)

clofazimine (商品名 Lamprene®)

二、上述藥品為世界衛生組織建議之標準用藥，目前尚未取得國內衛生福利部之核准上市證明。若本人因為服用此藥品而引起損害，將無法獲得藥害救濟賠償，本人願自行負責。

三、醫師已向我說明藥物可能的副作用、相關注意事項及預期療效；我瞭解這項治療係醫師認為目前對於我的疾病最好的治療藥物，且漢生病為法定傳染病，若未治療則有傳播他人之風險，醫師將只在對我有益的情況下才繼續使用此藥治療。

醫師(簽章)：

此致

國立成功大學醫學院附設醫院 (醫院名稱)

立同意書人(簽章)：

身份證字號：

住址：

電話：()

手機：

一式二聯(第一聯存於病歷，第二聯病患自存)

<依據疾管愛核字第 1020053724 號，成大醫院總收文號 1020021237 辦理>

抗漢生病專案進口藥品病患同意書

病歷號碼：_____

姓名：_____ 生日：_____ 年齡：_____ 性別：_____

一、 本人同意接受以下藥品作為漢生病治療

diaminodiphenylsulfone (商品名 Dapsone®)

rifampicin (商品名 Rimactane®)

clofazimine (商品名 Lamprene®)

二、 上述藥品為世界衛生組織建議之標準用藥，目前尚未取得國內衛生福利部之核准上市證明。若本人因為服用此藥品而引起損害，將無法獲得藥害救濟賠償，本人願自行負責。

三、 醫師已向我說明藥物可能的副作用、相關注意事項及預期療效；我瞭解這項治療係醫師認為目前對於我的疾病最好的治療藥物，且漢生病為法定傳染病，若未治療則有傳播他人之風險，醫師將只在對我有益的情況下才繼續使用此藥治療。

醫師(簽章)：

此致

國立成功大學醫學院附設醫院 (醫院名稱)

立同意書人(簽章)：

身份證字號：

住址：

電話：()

手機：

一式二聯(第一聯存於病歷，第二聯病患自存)

<依據疾管愛核字第 1020053724 號，成大醫院總收文號 1020021237 辦理>