國泰醫療財團法人國泰綜合醫院

**專案藥品受試者同意書**

|  |
| --- |
| **本試驗已通過國泰綜合醫院人體試驗審查委員會審查，計畫編號：CGH-**  計劃名稱：  計劃執行單位：  計劃贊助單位或委託單位：  計劃主持人姓名： 職稱： 電話：  通訊地址：  24小時緊急聯絡電話： |
| 敬啟者：  為讓您能進一步瞭解計畫之專案藥品用藥之主要內容及方法，敬請詳閱以下各項資料。倘若您對本藥物進行的方法及步驟仍有疑問，您的主治醫師願意提供進一步解釋，以期您能充分瞭解。 |
| * 受試者姓名：   身份證字號： 病歷號碼：  性別： 出生日期(西元)： 年 月 日  連絡電話：(H) (M)  通訊地址：   * 緊急聯絡人姓名：   緊急連絡人聯絡電話：(H) (M) |
| * 試驗（治療）藥品（需提供含量規格）： |
| * 治療疾病名稱： |
| * 治療目的： |
| * 給藥方法（含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程…等）： |
| * 可能產生的副作用、處理方式： |
| * 預期效果： |
| * 治療（試驗）進行中之禁忌或限制活動： |
| * 藥品費用   □自費使用  □本藥品由 免費提供使用，  若日後無法免費供藥時，  □以優惠價格提供  □依健保規定辦理  □其他方式：  □其他： （請說明） |
| * 其他可能替代療法及說明（須敘明無法使用傳統治療方式或其他可比較或適宜替代療法之判斷過程）： |

|  |
| --- |
| **簽名頁**  本人（即試驗主持人）已補充解釋有關本計畫目的、預期效果、副作用及可能產生的危險與利益，並且已回答受試者針對本臨床試驗所提出的問題。  主治醫師簽名：  日期： 年 月 日  病人已詳細瞭解本計畫目的，以及其所可能產生的危險與利益；此外，針對本計畫所提出的問題，主治醫師已經詳細予以解釋。  **本人同意接受成為本專案藥品計畫之使用者。**  病人簽名：  日期： 年 月 日  家屬簽名：　　　　　　　　　　關係：  日期： 年 月 日 |