國泰醫療財團法人國泰綜合醫院

**恩慈療法治療計畫書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IRB計畫編號 | | |
| 申請機構及單位 |  | |
| 申請醫師  (姓名及職稱) |  | |
| 一、申請藥品基本資料：  商品名：  學名：  藥品含量、劑型、規格：(例如：XX mg/tab、mg/ml/vial (或Cap、Bot、  Amp等))：  製造廠：  產地：  提供藥品廠商名稱：  藥商聯絡人/電話： | | |
| 二、藥品付費方式：  □藥廠免費提供 | | |
| 三、使用病患姓名： 共 人(請詳細說明)  治療疾病名稱：  病情說明：  \*\*提醒~單一醫院（總院、各分院區分別計算）同疾病申請恩慈治療之病人數累計逾3人者（係依該院累積3件不同對象為限），需改以人體試驗計畫案提出申請。【藍字段落看完後請刪除】 | | |
| 四、申請使用之理由：  例:因應病人之病況危急或重大或罹患罕見疾病及醫療需求，且國內無其他可比較或適宜之替代療法或經常規治療仍沒有明顯療效或改善、雖經治療仍一再復發、為治療禁忌或無其他可比較/適宜之替代療法之危及生命或嚴重失能疾病病人之用者。【藍字段落看完後請刪除】 | | |
| 五、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：  \*同類藥品及醫療上可取代藥品及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【藍字段落看完後請刪除】 | | |
| 六、給藥方法：(含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程…等) | | |
| 七、可能發生的副作用、處理方式：  **(發生藥品不良反應事件，儘速通報本院藥事委員會、人體試驗審查委員會)** | | |
| 八、預期治療效益： | | |
| 九、治療進行中之禁忌或警告事項、限制活動： | |
| 十、相關文獻說明： | |
| 計畫申請人簽名：  日期： | |