



化學及標靶藥物治療同意書

病歷號: [redacted] 姓名: [redacted] 性別: [redacted] 生日: [redacted] 年齡: [redacted]
科別: 一般外科 床號/診間: [redacted]

一、擬實施之化學或標靶藥物治療

化學或標靶藥物名稱: [臨][警](10)Lenvima 10mg/cap, [臨][警]Lenvima 4mg/cap

二、醫師之聲明:

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式, 解釋病人的狀況、建議這項化學或標靶藥物治療之相關資訊, 特別是下列事項:

☒ 需實施化學或標靶藥物治療潛在優缺點、可能的替代選擇、化學或標靶藥物治療之風險及成功率。

☒ 化學或標靶藥物治療後有關復原問題及不實施此項檢查的可能結果。

☒ 化學或標靶藥物治療可能產生的副作用, 包含發燒、白血球下降、噁心、嘔吐、口腔炎、掉髮及血管外滲等問題。

2. 我已給予病人充足時間, 詢問下列有關本次化學或標靶藥物治療的問題, 並給予答覆:

(1) _____

(2) _____

說明醫師簽名:

陳國棟

時間: 西元 2019年 09月 17日 19時 26分

三、病人家屬之聲明:

1. 醫師已向我解釋, 並且我已經瞭解病人的狀況, 及施行這項化學或標靶藥物治療的潛在優缺點、可能的替代選擇、成功率、復原問題及不實施此項化學或標靶藥物治療的可能結果。

2. 我瞭解這項化學或標靶藥物治療可能是目前最適當的選擇。

3. 我已瞭解化學或標靶藥物治療可能產生的副作用及處置。

基於上述聲明, 我同意進行此化學或標靶藥物治療

立同意書人簽名: [redacted]

關係: ☐ 本人 ☐ 配偶 ☐ 父母 ☒ 子女 ☐ 其他: _____

西元 20 19 年 9 月 17 日 19 時 20 分

附註:

一、立同意書人非病人本人者, 「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。

二、未成年病人需由具法定代理人之家屬簽立同意書。