

附表十一 患者服用 Acitretin 製劑同意書

病歷號碼：_____

茲證明本人_____年齡_____出生日期_____年_____月_____日

身分證號碼：_____

地 址：_____

確認經由_____醫院_____醫師詳細告知服用

acitretin 製劑之主要可能副作用和處置方式。

本人完全瞭解 acitretin 製劑可能對本人的嚴重性牛皮癬或皮膚角化症有所幫助，但服用時必須要小心，特別要注意下列事項：

1. 女性患者服藥期間及停藥後至少 24 個月內，絕對不可懷孕，因為在上述期間發生懷孕，則很可能產生胎兒畸形。
2. 服藥期間及停藥至少廿四個月內，請勿捐血以免受血者產生畸胎。
3. 因為對肝腎功能不全之病人為禁忌，請病人需依醫師指示定期做血液、肝功能、血脂肪等方面之檢查。
4. 未經醫師許可，絕對不可將 acitretin 製劑轉予他人使用。

本人確實瞭解採取下列方法為絕對需要：

1. 女性患者在服用 acitretin 製劑前必須驗孕以確定尚未懷孕。
2. 女性患者在服用 acitretin 製劑之前的四個星期，治療期間及停藥後至少 24 個月內，必須使用有效之避孕方法。
3. 萬一在上述期間發生懷孕，本人保證立刻通知_____醫師。

雖然本人充分瞭解假使在上述期間發生懷孕可能導致之後果，本人仍然願意接受 acitretin 製劑治療，並且願意承受這種危險性及有關注意事項。

為慎重計，特立此同意書。

日期： 民國_____年_____月_____日，地點：_____

立同意書人：_____

(未成年人需經法定代理人之同意)