

衛生福利部疾病管制署潛伏結核感染治療藥品使用同意書

isoniazid 300mg/Tab

治療藥品：isoniazid 300 mg/Tab

個案姓名：

病歷號碼：

身分證字號：

一、治療疾病名稱：潛伏結核感染(感染尚未發病不會傳染他人，請接受完整潛伏結核感染治療，可有效降低後續結核病發病機會)

二、給藥方法 (含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程...等)：
isoniazid 300 mg/Tab 大多與rifapentine合併使用，並依據使用之潛伏結核感染處方組合給藥。

三、可能產生的副作用、處理方式：
與國內isoniazid 100 mg/Tab副作用類似，可能出現肝炎、周邊神經炎等不良反應。但isoniazid 300 mg/Tab用於速克伏處方時肝炎機率較低：國內資料顯示常規監測肝炎的情況下，與藥物相關造成永遠停藥的肝炎發生比例，速克伏處方使用者(1.5%)較9個月isoniazid處方使用者(5.3%)來得低。

四、治療進行之注意事項：
(一) 使用此處方須依醫師醫囑服用。
(二) 潛伏結核感染應加入都治計畫，由都治關懷員以到府/到點親眼目睹或視訊方式關懷服藥及追蹤副作用。
(三) 領藥後請儘快與公衛人員聯繫，討論初次服藥時間，以利預先規劃個人行程。

- isoniazid 300 mg/Tab劑型，因國內缺藥，因此以專案進口方式向世界衛生組織委託之全球藥物購置機構Global Drug Facility(GDF)購買國際認可藥品。
※本藥品無衛生福利部藥品許可證，不適用藥害救濟法。
- 本藥品由衛生福利部疾病管制署公費提供使用，故必須接受衛生單位「都治」送藥服務。
- 本人已詳閱以上各項資料，有關本藥品之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。

治療醫師簽署：日期： 年 月 日

服藥人簽署：日期： 年 月 日

法定代理人簽署：(未成年應由法定代理人同意)

衛生福利部疾病管制署潛伏結核感染治療藥品使用同意書
Isoniazid/Rifapentine 300 mg / 300 mg

治療藥品：Isoniazid/Rifapentine Coated Tablets 300 mg / 300 mg 複方錠

個案姓名：

病歷號碼：

身分證字號：

一、治療疾病名稱及說明：本藥品為潛伏結核感染治療3HP處方之複方錠，潛伏結核感染係人體遭受結核菌感染，但尚未發病也不會傳染他人，請接受完整潛伏結核感染治療，可有效降低後續結核病發病機會。

二、給藥方法：限體重50公斤(含)以上使用(固定劑量，不依年齡及體重調整劑量)，口服給藥，每週服藥1次，每次3顆，共需服用12個劑量，治療期間預計12週（約3個月）。

三、可能產生的副作用：因含有Isoniazid和Rifapentine成分，可能出現肝炎、周邊神經炎、姿勢性低血壓、昏厥和類流感(flu-like syndrome)相關症狀等不良反應；服藥後體液(小便、眼淚和汗水)可能出現紅色，毋須恐慌，停藥後會恢復正常，建議可和油脂類食物一起服用提高藥物吸收。如同一般口服藥，極少數人因體質關係可能發生藥物急性過敏反應，倘發生請停止用藥，儘速回診。

四、治療進行之注意事項：

(一)使用此處方須依醫師醫囑服用。

(二)治療者應加入「都治計畫」，由都治關懷員關懷服藥及觀察副作用。

(三)領藥後請儘快與公衛人員聯繫，討論初次服藥時間，以利預先規劃個人行程。

● 本藥品以專案進口方式向世界衛生組織委託之全球藥物購置機構(Global Drug Facility, GDF)購買，為世界衛生組織推薦之新劑型複方藥品。

※本藥品無衛生福利部藥品許可證，不適用藥害救濟法。

● 本藥品由衛生福利部疾病管制署公費提供使用，故必須接受衛生單位「都治」送藥服務。

● 本人已詳閱以上各項資料，有關本藥品之疑問業經開立醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。

治療醫師簽署：

日期： 年 月 日

服藥人簽署：

日期： 年 月 日

法定代理人簽署：(未成年應由法定代理人同意)