光田醫療社團法人 光田綜合醫院 Kuang Tien General Hospital Since1913

□沙鹿院區
□大甲院區

姓名：	床號：
病歷號：	年齡：
□男 □女	
出生日期： 年 月 日	

『COVID-19口服抗病毒藥物』說明暨治療同意書

Paxlovid、Molnupiravir 目前兩款口服抗病毒藥物尚未取得我國藥物上市許可，係因應緊急公共衛生情事之需要，專案核予 EUA 以提供病人使用，故因使用此兩款藥物後發生不良反應導致死亡、障礙或嚴重疾病時，不適用藥害救濟。

接受治療後的副作用與注意事項

一、由於 Paxlovid 及 Molnupiravir 之臨床經驗皆有限，目前尚未完整確認所有可能的風險，使用後可能會發生先前使用時未曾通報的嚴重與非預期的不良事件。目前已知可能產生之副作用如下，如果您產生嚴重不適情況，請立即告知主治醫師。

(一) Paxlovid：

1.肝臟問題病徵：食慾不振、皮膚和眼白發黃（黃疸）、尿液顏色變深、糞便顏色變淺、皮膚發癢及胃部（腹部）疼痛。

2.其他副作用：味覺改變、腹瀉、高血壓及肌肉痠痛等。

(二) Molnupiravir：副作用包括腹瀉、噁心、暈眩等，也可能會發生嚴重和非預期的副作用。

二、更多風險和副作用信息，請諮詢醫師，並請注意並非所有與 COVID-19治療相關之風險和副作用皆已知。您的醫師可能會給您藥物來幫助減輕副作用。

本人(或其代理人)_____(身分證字號：_____及其代理人身分證字號：_____)已於　　年　　月　　日詳閱以上用藥須知並同意用藥。

□Paxlovid　□Molnupiravir

此致　光田醫療社團法人光田綜合醫院

簽署人：□本人 (簽名或蓋章)：_____

民國____年____月____日____時____分

□代理人 (簽名或蓋章)：

【代理人代為者，請另填具背面委託書】

□家屬，與病人之關係：_____ □關係人：

民國____年____月____日____時____分

【請另填具背面委託書】

病委會18-826

光田醫療社團法人 光田綜合醫院 Kuang Tien General Hospital Since1913

□沙鹿院區
□大甲院區

姓名：	床號：
病歷號：	年齡：
□男 □女	
出生日期： 年 月 日	

『COVID-19口服抗病毒藥物』代看診委託書

茲本人_____因隔離期間無法親自就醫，特委託代理人_____(先生/女士)代為看診、領藥，如有虛假、偽冒，願負法律責任並賠償 貴院衍生之損失。

此致　光田醫療社團法人光田綜合醫院

委託人(親簽)：_____
身分證字號：_____
聯絡電話：_____

受託人：_____
身分證字號：_____
聯絡電話：_____
與委託人關係：_____

中華民國　　年　　月　　日

＊為確保病人隱私及醫師法第 23 條、醫療法第 72 及 74 條之保密規定，非本人（如配偶、父母、子女、兄弟姊妹...等）代為申請，須提具申請人之委託同意書，並能提出合法證件。