

(殘疾人士院舍名稱)
要求院舍派發成藥／非處方藥物確認書

住客姓名	性別／年齡	身份證號碼	房及／或床號
------	-------	-------	--------

填寫此確認書前，請先細閱第（五）項備註及在「*」處刪去不適用者。

（一）要求派發的成藥／非處方藥物的資料

藥物名稱	藥物來源	用藥目的	使用方法

（二）住客確認（若住客認知能力不足而不能簽署，則不用填寫此部分）

上述藥物乃本人要求院舍為本人安排派發，如因此引致不良反應，本人願意承擔風險。

住客簽署 _____ 簽署日期 _____

（三）監護人／保證人／家人／親屬確認

本人 _____（姓名）乃 _____（住客姓名）的*監護人／保證人／家人／親屬，上述藥物乃本人要求院舍為上述住客安排派發，如因此引致不良反應，本人願意承擔風險。

與住客關係 _____ 簽署 _____ 日期 _____

（四）院舍確認

鑑於上述住客及／或其*監護人／保證人／家人／親屬要求本院舍為該住客派發有關成藥／非處方藥物，本院護理人員已提醒該住客及／或該*監護人／保證人／家人／親屬該藥物可能引致不良反應，並就此諮詢 _____（醫生姓名）

醫生的意見（所屬醫院／診所：_____）。有關醫生不反對上述住客使用／服用該等藥物。

主管姓名 _____ 簽署 _____ 日期 _____

護士／保健員姓名 _____ 簽署 _____ 日期 _____

（五）備註

- 第（一）項所列的藥物必須記錄於住客的「個人藥物記錄」，並保存藥物的「使用說明書」，以供醫護人員參考。
- 如住客使用上述藥物後有不良反應，便應立即停止使用，並徵詢註冊醫生的意見。
- 如第（一）項所列的藥物有任何轉變，必須更新確認書。