|  |  |
| --- | --- |
|  | **（安老院名稱）** |
| **自行存放及使用藥物同意書** | |

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

**（一）要求自行存放及使用的藥物的資料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **藥物名稱** | **藥物來源** | **用藥目的** | **使用方法** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**（二）住客及\*監護人／保證人／家人／親屬確認**（\*請刪去不適用者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 |  | | （住客姓名） | 現要求自行存放及使用上述藥物，本人充分明 | |
| 白醫囑及會遵從醫囑準時及按劑量用藥，並會將藥物存放在安全和上鎖的櫃／盒內，避免讓其他住客誤取。 | | | | | |
| **住客簽署** | | **見證 \*監護人／保證人／家人／親屬姓名** | | | **與住客關係** |
|  | |  | | |  |
| **日期** | | **見證 \*監護人／保證人／家人／親屬簽署** | | | **日期** |
|  | |  | | |  |

**（三）院舍評估**（請在適當格內加上「🗸」號）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **評估** | **是** | **否** | **備註** |
| 住客能夠充分明白醫囑 |  |  |  |
| 住客能夠遵從醫囑準時及按劑量用藥 |  |  |  |
| 住客能夠將藥物存放在安全和上鎖的櫃／盒內 |  |  |  |
| 鄰近的住客不會有機會誤取藥物 |  |  |  |
| 第（一）項所列的藥物適宜由住客自行存放及使用 |  |  |  |

經評估後，院方**同意**／**不同意**將第（一）項所列的藥物交由住客自行存放及使用。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*護士／保健員姓名 |  | 主管姓名 |  |
| \*護士／保健員簽名 |  | 主管簽署 |  |
| 評估日期 |  | 日期 |  |

**（四）備註**

|  |
| --- |
| 1. 院方須最少每6個月或因應下列任何一種情況而再作評估及更新／終止同意書： 2. 鄰近的住客情況有轉變以致有機會誤取上述住客的藥物； 3. 住客或監護人／保證人／家人／親屬提出不再讓住客自行存放及使用藥物； 4. 住客的認知能力或處理藥物的能力轉差；或 5. 第（一）項所列的藥物種類有變。 6. 院方應填寫有關藥物的交收記錄，並由上述住客及監護人／保證人／家人／親屬簽名確認。 |