|  |  |
| --- | --- |
|  | **（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**

1. 第（一）項所列的藥物必須記錄於住客的「個人大藥物記錄」，並保存藥物的「使用說明書」，以供醫護人員參考。
2. 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。
3. 如第（一）項所列的藥物有任何轉變，必須更新確認書。