

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Ataluren

申報單位	醫院名稱				醫院代碼 (非必填)			
	科別				主治醫師			
病人資料	姓名		性別	☐ 男	年齡		生日 年	民國 年
	身分證字號			☐ 女				
治療藥品	藥品名稱	☐ Ataluren 125 mg/ granules for oral suspension ☐ Ataluren 250 mg/ granules for oral suspension ☐ Ataluren 1000 mg/ granules for oral suspension (藥品代碼：無 ; 藥商：吉帝)						
	使用起訖時間	自 年 月 日 ☐ 繼續使用中 ☐ 目前已停用(至 年 月 日)						
疾病別	適應症	☐ 裘馨氏肌肉萎縮症(Duchenne muscular dystrophy, DMD) ☐ 其他 _____			國際疾病分類碼	☐ G71.0 ☐ _____		
給藥方法 (治療計畫)	口服，早上 _____ mg/kg；中午 _____ mg/kg；晚上 _____ mg/kg							
重大相關併用藥品	☐ 1.無 ☐ 2.成分名：_____ 劑量/劑型：_____ (使用起日：_____) ☐ 3.成分名：_____ 劑量/劑型：_____ (使用起日：_____) 							
療效資料	1. 身體檢查 (檢核項目，請說明與前一年之比較)							
	6-minute walk distance (6MWD)			☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 不適用	
	Time to walk or run 10 meters			☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 不適用	
	Time to climb 4 stairs			☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 不適用	
	Time to descend 4 stairs			☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 不適用	
	Total Score as measured by NSAA (The North Star Ambulatory Assessment)			☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 不適用	
	2. 其他 (視需要簡要敘述)							
_____ _____ _____								

總體評估	☐ 1.改善 ☐ 2.穩定 ☐ 3.惡化 ☐ 4.其他說明_____									
使用本藥品 產生之不良 事件* ¹	☐ 未發生不良反應 ☐ 曾發生不良反應									
	症狀	不良反應與藥品之相關性* ²				不良反應結果* ³				
	☐ Hypertension	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Erythema	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Decrease in appetite	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Serum cholesterol raised	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Serum triglycerides raised	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Weight decreased	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Constipation	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Diarrhea	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Flatulence	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Nausea/ Vomiting	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Upper abdominal pain	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Musculoskeletal chest pain	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Pain in limb	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Headache	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Hematuria	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Renal function abnormal	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Urinary incontinence	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
	☐ Bleeding from nose	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
☐ 其他_____	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D		
整體治療 評估意見										
主治醫師 簽 名					填表日期	民國 年 月 日				

*** 表格填寫說明**

1. 不良反應：請填列病人在使用本藥品治療過程中曾發生之不良反應。如為嚴重藥物不良反應，應依規定進行嚴重藥物不良反應通報。
2. 不良反應與藥品之相關性： 1 確定; 2 極有可能; 3 可能; 4 存疑
3. 不良反應結果： A 死亡; B 危及生命; C 非死危之嚴重不良反應; D 非嚴重不良反應