

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Betaine anhydrous

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	☐ Cystadane Powder for Oral Solution, 1 gm/scoopful, 180 gm/bt (藥品代碼: X000067162; 藥商: 科懋) ☐ 同成分不同商品名之藥品 _____						
	使用起訖日期	自 年 月 日 ☐ 繼續使用中 ☐ 目前已停用(至 年 月 日)						
疾病別	適應症	高胱胺酸尿症 (Homocystinuria)			國際疾病分類碼	ICD-10	E72.11	
給藥方法 (治療計畫)	☐ 口服, 6-20 gm/day, 分 2 次給予 ☐ 其他用法: _____							
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: _____) ☐ 4.成分名: _____ 劑量/劑型: _____ (使用起日: _____)							
療效資料	1. 檢驗檢查 (檢核項目, 請說明與前一年之比較) Methionine (blood) ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 Homocystine (blood, urine) ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 2. 臨床症狀 (請勾選病人之症狀, 視需要簡要敘述) ☐ 神經/精神系統 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 眼睛傷害/病變 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 智能發展 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 骨骼/肌肉系統 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 心血管系統 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 其他 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測							
總體評估 (與前一年度比較)	☐ 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}					
	☐ Diarrhea		1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D		
	☐ Dysgeusia		1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D		
	☐ Gastrointestinal distress		1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D		
	☐ Nausea		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	☐ 建議本病人應繼續使用本藥品，並每年進行評估											
	☐ 不建議本病人繼續使用本藥品（理由： ☐ 死亡 ☐ 無效 ☐ 其他 ☐ 嚴重副作用）											
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