

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Edaravone

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	☐ Edaravone 1.5mg/mL ☐ Edaravone 20mg/Amp ☐ Edaravone 60mg/100 mL in a single-dose polypropylene bag (藥品代碼：無 ; 藥商：台田)						
	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	☐ 肌萎縮側索硬化症 (Amyotrophic lateral sclerosis) ☐ 其他 _____				國際疾病分類碼	☐ G12.21 ☐ _____	
給藥方法 (治療計畫)	初始給藥週期：靜脈注射 _____ mg，持續_____天，之後_____天停止給藥 後續給藥週期：靜脈注射 _____ mg，持續_____天，之後_____天停止給藥							
療效資料	1. 身體檢查 (檢核項目，請說明與前一年之比較)							
	The change in ALSFRS-R score 前一年_____分； 今年_____分			☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 不適用	
	Forced vital capacity, FVC (%)			☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 不適用	
	Grip strength (kg)			☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 不適用	
	Pinch strength (kg)			☐ 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			
	☐ Contusion	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D			
	☐ Dermatitis	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D			
	☐ Eczema	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D			
	☐ Tinea	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D			
	☐ Anaphylaxis	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D			
	☐ Hypersensitivity reaction	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D			
	☐ Abnormal gait	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			
	☐ Glycosuria	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D			
	☐ Disorder of respiratory system	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