

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Givosiran

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	☐ Givlaari injection: 189 mg/mL in a single-dose vial (藥品代碼：無，藥商：吉帝) ☐ 同成分不同商品名之藥品 _____						
	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	成人急性肝紫質症 (acute hepatic porphyria; AHP)			國際疾病分類碼	E80. 21		
給藥方法 (治療計畫)	_____ mg/kg once monthly subcutaneous injection							
療效資料	1. Median Annualized Attack Rate [#] ◆ Annualized hospitalization: _____ times/year ◆ Annualized an urgent health care visit: _____ times/year ◆ Annualized intravenous administration of hemin at home: _____ times/year ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 不適用 2. Quality of life ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 不適用 3. Urinary ALA levels _____ mmol/mole of creatinine (首次診斷可填) 4. Urinary PBG levels _____ mmol/mole of creatinine (首次診斷可填) 5. 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 產生之副作用	☐ 未發生不良反應* ¹ ☐ 曾發生不良反應									
	症狀		不良反應與藥品之相關性				不良反應結果* ²			
	☐	Injection site disorder	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
	☐	Anaphylaxis	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	☐	_____	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	☐	_____	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 ☐ 嚴重副作用 ☐ 其他_____)									
	主治醫師 簽 名				填表日期		民國 年 月 日			

*** 表格填寫說明**

- 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。
- 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