

# 專案進口罕見疾病藥物\_\_\_\_\_年使用評估報告表

## Lomitapide

申報單位	醫院名稱				醫院代碼 <span style="color: red;">(非必填)</span>			
	科別				主治醫師			
病人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男	年齡		生日 年	民國 年
	身分證字號			<input type="checkbox"/> 女				
治療藥品	藥品名稱	<input type="checkbox"/> Lomitapide 5 mg/capsule <input type="checkbox"/> Lomitapide 10 mg/capsule <input type="checkbox"/> Lomitapide 20 mg/capsule (藥品代碼：無，藥商：祥瑞)  <input type="checkbox"/> 同成分不同商品名之藥品 _____						
	使用起訖時間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 繼續使用中 <input type="checkbox"/> 目前已停用(至 _____ 年 _____ 月 _____ 日)						
疾病別	適應症	同合子家族性高膽固醇血症 (homozygous familial hypercholesterolemia)			國際疾病分類碼	E78.01		
給藥方法 (治療計畫)	Initial _____ mg QD, after 4 weeks may increase to _____ mg QD as tolerated							
療效資料	1. LDL: Baseline _____ mg/L, After _____ mg/L							
	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用							
	2. Non-HDL-C: Baseline _____ mg/L, After _____ mg/L							
	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用							
	3. Total cholesterol: Baseline _____ mg/L, after _____ mg/L							
<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用								
4. Apolipoprotein: Baseline _____ mg/L, after _____ mg/L								
<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用								
5. 其他 (視需要簡要敘述)								
_____ _____ _____								
總體評估	<input type="checkbox"/> 1.改善 <input type="checkbox"/> 2.穩定 <input type="checkbox"/> 3.惡化 <input type="checkbox"/> 4.其他說明 _____							

使用本藥品 產生之副作用	<input type="checkbox"/> 未發生不良反應*1								
	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> Gastrointestinal-related event#	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Weight decreased	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Chest pain	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Constipation	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Diarrhea	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Nausea / Vomiting	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Nasopharyngitis	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Fatigue	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Influenza	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Increased liver enzymes	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Steatosis of liver	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
<input type="checkbox"/>	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
<input type="checkbox"/>	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
# Gastrointestinal-related event: abdominal distension, abdominal distress, abdominal pain, flatulence, indigestion and swollen abdomen.									
整體治療 評估意見	<input type="checkbox"/> 建議本病人應繼續使用本藥品，並每年進行評估								
	<input type="checkbox"/> 不建議本病人繼續使用本藥品(理由： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 無效 <input type="checkbox"/> 嚴重副作用 <input type="checkbox"/> 其他_____)								
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