

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Mitotane

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	☐ Lysodren 500mg/Tab (藥品代碼：X000103100；藥商：吉帝) ☐ 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	不能動手術的腎上腺皮質癌瘤 (inoperable adrenal cortical carcinoma)			國際疾病分類碼	ICD-10		C74.0
給藥方法 (治療計畫)	☐ 口服，2~6 g/day，分 3~4 次服用 ☐ 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)							
	腎功能	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	肝功能	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	Mitotane level _____	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	Alodosterone (plasma)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	Cortisol (blood/urine)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	Corticotropin	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	Potassium (serum)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	Total cholesterol / TG	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	TSH / free T4	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	2. 身體檢查 (檢核項目，請說明與前一年之比較)							
	Tumor size _____	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	血壓 _____	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	☐ 未量測			
	性徵異常 ☐ 是 _____ ☐ 否							

	3. 臨床症狀 (請勾選病人之症狀，視需要簡要敘述) ☐ Adrenal insufficiency _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ Behavioral symptoms _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ Neurologic symptoms _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ Cushing's syndrome ☐ Pheochromocytoma ☐ 癌症轉移/復發 _____ ☐ 其他 _____																																						
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																																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">症狀</th><th style="width: 35%;">不良反應與藥品之相關性^{*2}</th><th style="width: 30%;">不良反應結果^{*3}</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>☐ Anorexia</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Depression</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Diarrhea</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Dizziness / Vertigo</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Drowsiness / Lethargy</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Nausea / Vomiting</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Neurotoxicity</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Skin rash</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Shock</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ Weakness</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> <tr> <td>☐ 其他 _____</td><td>1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td><td>A B C D</td></tr> </tbody> </table>			症狀	不良反應與藥品之相關性 ^{*2}	不良反應結果 ^{*3}	☐ Anorexia	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D	☐ Depression	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	☐ Dizziness / Vertigo	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D	☐ Drowsiness / Lethargy	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	☐ Neurotoxicity	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D	☐ Skin rash	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D	☐ Shock	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D	☐ Weakness	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
	症狀	不良反應與藥品之相關性 ^{*2}	不良反應結果 ^{*3}																																				
	☐ Anorexia	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D																																				
	☐ Depression	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																																				
	☐ Dizziness / Vertigo	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D																																				
	☐ Drowsiness / Lethargy	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																																				
	☐ Neurotoxicity	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D																																				
	☐ Skin rash	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D																																				
	☐ Shock	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D																																				
	☐ Weakness	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																																					
☐ 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**

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