

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Thymosin alfa-1

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	<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"/> Thymic peptide, thymosin alfa-1 1.6 mg/mL, 凍晶注射劑 (藥品代碼: X000060292, 藥商: 騏名) <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	狄喬治症候群 (DiGeorge Syndrome)			國際疾病分類碼	D82.1		
給藥方法 (治療計畫)	_____ mg or mg/m ² twice a week, treatment duration _____ weeks							
療效資料	1. T-cell rosettes/mm ³ : pre _____, post _____ <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用							
	2. Mixed lymphocyte culture*: pre _____, post _____ <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用							
3. 其他 (視需要簡要敘述) _____ _____ _____								
*cpm stimulated/ cpm resting (Stimulation Index), cpm= counts per minute								
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"/>	Injection site reactions	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/>	Fever	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"/>	Muscle aches	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/>	Nausea	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/>	Vomiting	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/>	Neutropenia	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
其他:										
<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	
<input type="checkbox"/>	_____	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	<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