

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Tobramycin

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"/> 口腔吸入溶液劑, 60mg/mL, 300mg/5mL/amp/Nebulizer (藥品代碼: X000083121, 藥商: 邁蘭) <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	囊狀纖維化症(cystic fibrosis) <input type="checkbox"/> 囊狀纖維化症患者因基因缺陷致肺部因綠膿桿菌慢性感染,造成反覆急性發作支氣管擴張症之持續性治療 <input type="checkbox"/> 治療 6 歲以上(含 6 歲)囊狀纖維化症患者(cystic fibrosis)之肺部綠膿桿菌(Pseudomonas aeruginosa)				國際疾病分類碼	E84.9	
給藥方法 (治療計畫)	_____ mg INHALED every 12 hours (28 days on, 28 days off)							
療效資料	1. FEV1 / FVC ratio: Baseline : _____ % ; After : _____ % <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用 2. The reduction of respiratory-related hospitalizations <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用 3. The reduction of patients needing IV antipseudomonal antibiotics <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用 4. 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			
	1.	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	2.	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	3.	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	4.	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	5.	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	6.	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	7.	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
8.	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
9.	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