

專案進口罕見疾病藥物\_\_\_\_\_年使用評估報告表

Carglumic acid

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 <input type="checkbox"/> 女	年齡	生日 年	民國	年
	身分證字號								
治療藥品	藥品名稱	<input type="checkbox"/> Carbaglu 200 mg/Tab (藥品代碼：X000123100；藥商：科懋) <input type="checkbox"/> 同成分不同商品名之藥品 _____							
	使用起訖日期	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	<input type="checkbox"/> (1)因 N-acetylglutamate synthase deficiency 缺失而引起的高血氨症 <input type="checkbox"/> (2) isovaleric acidaemia 造成之高血氨症 <input type="checkbox"/> (3) methymalonic acidaemia 造成之高血氨症 <input type="checkbox"/> (4) propionic acidaemia 造成之高血氨症				國際疾病分類碼	ICD-10	E72.29 E71.110 E71.120 E71.121 (or E72.2)	
給藥方法 (治療計畫)	<input type="checkbox"/> 口服(分散於水中)，100-250 mg/kg/day，分 2~4 次服用 <input type="checkbox"/> 其他用法：_____								
重大相關 併用藥品	<input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.成分名：_____ 劑量/劑型：_____ (使用起日：_____) <input type="checkbox"/> 3.成分名：_____ 劑量/劑型：_____ (使用起日：_____) <input type="checkbox"/> 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) Ammonia (blood) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化  2. 身體檢查 (相較於正常生長曲線) 身高 _____ cm      體重 _____ kg <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偏低  3. 臨床症狀 (請勾選病人之症狀，視需要簡要敘述) (1) Neurologic symptoms(神經障礙)： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 a. <input type="checkbox"/> 發展遲緩 _____                      b. <input type="checkbox"/> 運動失調 _____ c. <input type="checkbox"/> 學習障礙 _____                      d. <input type="checkbox"/> 其他神經症狀 _____ (2) <input type="checkbox"/> 感染 _____								

總體評估 (與前一年度比較)	<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 產生之不良 事件* <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 未發生不良反應 <input type="checkbox"/> 曾發生不良反應 <table border="1" data-bbox="284 331 1497 672"> <thead> <tr> <th data-bbox="284 331 735 376">症狀</th> <th data-bbox="735 331 1225 376">不良反應與藥品之相關性*<sup>2</sup></th> <th data-bbox="1225 331 1497 376">不良反應結果*<sup>3</sup></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="284 376 735 421"><input type="checkbox"/> Abdominal pain</td> <td data-bbox="735 376 1225 421">1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td> <td data-bbox="1225 376 1497 421">A B C D</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 421 735 465"><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td data-bbox="735 421 1225 465">1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td> <td data-bbox="1225 421 1497 465">A B C D</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 465 735 510"><input type="checkbox"/> Diarrhea</td> <td data-bbox="735 465 1225 510">1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td> <td data-bbox="1225 465 1497 510">A B C D</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 510 735 555"><input type="checkbox"/> Fever</td> <td data-bbox="735 510 1225 555">1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td> <td data-bbox="1225 510 1497 555">A B C D</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 555 735 600"><input type="checkbox"/> Headache</td> <td data-bbox="735 555 1225 600">1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td> <td data-bbox="1225 555 1497 600">A B C D</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 600 735 645"><input type="checkbox"/> Vomiting</td> <td data-bbox="735 600 1225 645">1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td> <td data-bbox="1225 600 1497 645">A B C D</td> </tr> <tr> <td data-bbox="284 645 735 672"><input type="checkbox"/> 其他_____</td> <td data-bbox="735 645 1225 672">1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑</td> <td data-bbox="1225 645 1497 672">A B C D</td> </tr> </tbody> </table>			症狀	不良反應與藥品之相關性* <sup>2</sup>	不良反應結果* <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Abdominal pain	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D	<input type="checkbox"/> Anemia	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"/> Fever	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D	<input type="checkbox"/> Headache	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"/> 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* <sup>2</sup>	不良反應結果* <sup>3</sup>																									
<input type="checkbox"/> Abdominal pain	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D																									
<input type="checkbox"/> Anemia	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"/> Fever	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D																									
<input type="checkbox"/> Headache	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"/> 其他_____	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"/> 其他 <input type="checkbox"/> 嚴重副作用)																										
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