

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Dantrolene

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"/> Dantrolene 20 mg/Vial (藥品代碼：X000014238；藥商：瑞帝) <input type="checkbox"/> 同成分不同商品名之藥品 _____						
	使用起訖時間	自 年 月 日 時 分 至 年 月 日 時 分						
疾病別	適應症	惡性高熱 (Malignant hyperthermia)			國際疾病分類碼	ICD-10	T88.3	
給藥方法 (治療計畫)	靜脈注射，起始劑量 _____ mg/kg；維持劑量 _____ mg/kg							
使用可能誘發惡性高熱之藥物	<input type="checkbox"/> 吸入性麻醉藥，藥品名稱 _____ <input type="checkbox"/> 肌肉鬆弛劑，藥品名稱 _____ <input type="checkbox"/> 其他，藥品名稱 _____							
療效資料	1. 檢驗檢查 (檢核項目) 體溫 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 未量測 肝功能 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 未量測 代謝性酸血症(Metabolic acidosis) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 未量測 高碳酸血症(Hypercapnia, CO ₂ ↑) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 未量測 2. 臨床症狀 (請依病人之症狀，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 產生之不良 事件 ^{*1}	<input type="checkbox"/> 未發生不良反應								
	<input type="checkbox"/> 曾發生不良反應								
	症狀	不良反應與藥品之相關性 ^{*2}				不良反應結果 ^{*3}			
	<input type="checkbox"/> Abnormal blood pressure	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Dizziness	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Dysphagia	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Dyspnea	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Flushing	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Hepatotoxicity	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Hyperkalemia	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Leukopenia	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	<input type="checkbox"/> Muscle weakness	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"/> Somnolence	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
<input type="checkbox"/> Tachycardia	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
<input type="checkbox"/> Thrombocytopenia	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									
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