

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Interferon gamma-1b

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
治療藥品	藥品名稱	<input type="checkbox"/> Imukin 100 µg (3 MIU)/0.5 ml/Vial (藥品代碼：X000032255；藥商：台灣百靈佳) <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	慢性肉芽腫病 (chronic granulomatous disease)			國際疾病分類碼	ICD-10	D71	
給藥方法 (治療計畫)	<input type="checkbox"/> 皮下注射，50µg/m ² (1 MIU/m ²)，一星期3次。(BSA > 0.5 m ²) <input type="checkbox"/> 皮下注射，1.5µg/kg，一星期3次。(BSA ≤ 0.5 m ²) <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) 腎功能 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 肝功能 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 Urinalysis <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 2. 身體檢查 (檢核項目，請另說明與前一年之比較) Granulomas lesions <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 無 3. 臨床症狀 (請勾選病人之症狀，視需要簡要敘述) <input type="checkbox"/> Disease-free _____ <input type="checkbox"/> 感染(部位 <input type="checkbox"/> 呼吸道 <input type="checkbox"/> 消化道) <input type="checkbox"/> 淋巴結腫大 _____ <input type="checkbox"/> 結腸炎 _____ <input type="checkbox"/> 敗血症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肝脾腫大 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
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 ^{*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"/> Arthralgia	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"/> 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"/> Influenza-like illness	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"/> Myalgia	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"/> Rash	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	<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