

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Potassium phosphate

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 ☐ 男 ☐ 女	年齡		生日 年	民國	年																												
	身分證字號																																			
治療藥品	藥品名稱	☐ K-PHOS NO.2 (potassium phosphate 305 mg - sodium phosphate 700 mg) /Tab (藥品代碼：X000063100；藥商：吉帝) ☐ 同成分不同商品名之藥品 _____																																		
	使用起訖日期	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ☐ 繼續使用中 ☐ 目前已停用(至 _____ 年 _____ 月 _____ 日)																																		
疾病別	適應症	性聯遺傳低磷酸鹽佝僂症 (X-linked Hypophosphatemic Rickets)			國際疾病分類碼	ICD-10	E83.31																													
給藥方法 (治療計畫)	☐ 口服，2 Tab. qid ☐ 其他用法：_____																																			
重大相關 併用藥品	☐ 1.無 ☐ 2.成分名：_____ 劑量/劑型：_____ (使用起日：_____) ☐ 3.成分名：_____ 劑量/劑型：_____ (使用起日：_____) ☐ 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) <table border="0"> <tr> <td>腎功能</td> <td>☐改善</td> <td>☐維持</td> <td>☐惡化</td> </tr> <tr> <td>iPTH</td> <td>☐改善</td> <td>☐維持</td> <td>☐惡化</td> </tr> <tr> <td>Alkaline phosphatase</td> <td>☐改善</td> <td>☐維持</td> <td>☐惡化</td> </tr> <tr> <td>Ca (blood)</td> <td>☐改善</td> <td>☐維持</td> <td>☐惡化</td> </tr> <tr> <td>Ca/Cr (urine 24hrs)</td> <td>☐改善</td> <td>☐維持</td> <td>☐惡化</td> </tr> <tr> <td>P/Cr (urine 24hrs)</td> <td>☐改善</td> <td>☐維持</td> <td>☐惡化</td> </tr> <tr> <td>25-OH Vitamin D</td> <td>☐改善</td> <td>☐維持</td> <td>☐惡化</td> </tr> </table> 2. 身體檢查 (檢核項目，請說明與前一年之比較) Z-score _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 3. 臨床症狀 (請勾選病人之症狀，視需要簡要敘述) ☐ 腎臟超音波 _____ ☐ 骨骼變化 _____ ☐ Bone/joint pain _____ ☐ Dental and periodontal defects _____ ☐ 其他 _____								腎功能	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	iPTH	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	Alkaline phosphatase	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	Ca (blood)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	Ca/Cr (urine 24hrs)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	P/Cr (urine 24hrs)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化	25-OH Vitamin D	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化
腎功能	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化																																	
iPTH	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化																																	
Alkaline phosphatase	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化																																	
Ca (blood)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化																																	
Ca/Cr (urine 24hrs)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化																																	
P/Cr (urine 24hrs)	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化																																	
25-OH Vitamin D	☐ 改善	☐ 維持	☐ 惡化																																	

總體評估 (與前一年度比較)	☐ 1.改善 ☐ 2.穩定 ☐ 3.惡化 ☐ 4.其他說明_____			
使用本藥品 產生之不良 事件 ^{*1}	☐ 未發生不良反應 ☐ 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}
	☐ Nausea, vomiting	1 確定	2 極可能	3 可能 4 存疑 A B C D
	☐ Diarrhea	1 確定	2 極可能	3 可能 4 存疑 A B C D
	☐ Dizziness	1 確定	2 極可能	3 可能 4 存疑 A B C D
	☐ Headache	1 確定	2 極可能	3 可能 4 存疑 A B C D
	☐ Muscle cramp	1 確定	2 極可能	3 可能 4 存疑 A B C D
	☐ Renal stone	1 確定	2 極可能	3 可能 4 存疑 A B C D
	☐ Weakness	1 確定	2 極可能	3 可能 4 存疑 A B C D
	☐ Rash, itching/swelling	1 確定	2 極可能	3 可能 4 存疑 A B C D
☐ 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	☐ 建議本病人應繼續使用本藥品，並每年進行評估 ☐ 不建議本病人繼續使用本藥品 (理由： ☐ 死亡 ☐ 無效 ☐ 其他 ☐ 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