

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

L-Arginine HCl

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	年齡		生日 年	民國 年
	身分證字號			☐ 女				
治療藥品	藥品名稱	☐ L-Arginine Hydrochloride 250 mg/ml, 30 ml/bot 210 mg/ml, 20 ml/bot (藥品代碼：X000051243；藥商：諾華) ☐ 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	高血氨症-尿素循環障礙 (Hyperammonemia-Urea Cycle Disorder)			國際疾病分類碼	ICD-10	E72.20	
給藥方法 (治療計畫)	☐ 靜脈注射，_____ mg/kg/day for deficiency type ☐ CPS ☐ OTC ☐ ASS ☐ ASL 目前體重：_____ kg CPS：Carbamyl Phosphate Synthetase；OTC：Ornithine transcarbamylase；ASS：Argininosuccinate synthetase； ASL：Argininosuccinate lyase							
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) 腎功能 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 肝功能 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 Ammonia (blood) ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測							
	2. 臨床症狀 (請勾選病人之症狀，視需要簡要敘述) ☐ 神經/精神系統 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 發育遲緩 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 肌張力不足 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 呼吸系統 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測 ☐ 其他 _____ ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 ☐ 未量測							

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	
	☐ Flushing	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	
	☐ Hyperkalemia	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑		A B C D	
	☐ Nausea, vomiting	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑		A B C D	
	☐ Numbness	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑		A B C D	
	☐ Thrombocytopenia	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑		A B C D	
	☐ Thrombophlebitis	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑		A B C D	
	☐ Venous irritation	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