

Trientine 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 ☐ 女	年齡		生日 年	民國	年
	身分證字號								
治療藥品	藥品名稱	☐ Trientine Dihydrochloride 300 mg/capsule (藥品代碼：X000085100；藥商：科懋) ☐ Metalite 250 mg/capsule (藥品代碼：X000148100；藥商：忠純貿易) ☐ 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	威爾森氏症 (Wilson Disease)			國際疾病分類碼		ICD-10		E83.0
給藥方法 (治療計畫)	☐ 口服，每日_____顆								
重大相關 併用藥品	☐ 1.無 ☐ 2.成分名：Zinc Acetate Dihydrate 劑量/劑型：_____ (使用起日：_____) ☐ 3.其他—成分名：_____ 劑量/劑型：_____ (使用起日：_____)								
療效資料	1. 檢驗檢查 (檢核項目，請勾選與前一年之比較，並另附檢測報告) 溶血 ☐ 發生 ☐ 未發生 肝功能指數 ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 Copper (24hr urine) ☐ 改善 ☐ 維持 ☐ 惡化 2. 臨床症狀 (請勾選病人之症狀，視需要簡要敘述) ☐ 角膜 (K-F rings) ☐ 神經症狀 (neurologic symptoms) _____ ☐ 肝臟功能 (hepatic symptoms) _____ ☐ 腎臟功能 (renal symptoms) _____ ☐ 其他：_____								
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	本年度 ☐ 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			
	☐ 胃腸不適		1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	☐ 結腸炎		1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	☐ 貧血		1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	☐ 皮膚疹		1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	☐ 構音困難		1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D
	☐ 骨質疏鬆		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	☐ 本病人應繼續使用本藥品，並每年進行評估 ☐ 本病人不建議繼續使用本藥品									
主治醫師 簽 名				填表日期		民國 年 月 日				

*** 表格填寫說明**

- 不良事件：請填列病人在使用本藥品治療過程中曾發生之不良事件。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。
- 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
- 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 非嚴重不良事件