

專案進口罕見疾病藥物_____年使用評估報告表

Vutrisiran

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"/> Vutrisiran 25 mg/0.5 mL in a single-dose prefilled syringe (藥品代碼：無，藥商：艾拉倫) <input type="checkbox"/> 同成分不同商品名之藥品 _____						
	使用起訖時間	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	成人遺傳性轉甲狀腺素蛋白介導的家族性澱粉樣多發性神經病變 (Polyneuropathy caused by hereditary transthyretin-mediated (hATTR) amyloidosis in adults)			國際疾病分類碼	E85.1		
給藥方法 (治療計畫)	25 mg subQ every 3 months							
療效資料	1. 10-meter walk test <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用 2. Modified body-mass index <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用 3. Rasch-built Overall Disability Scale <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用 4. Medical Research Council Scale for muscle (MRC) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 惡化 <input type="checkbox"/> 不適用 5. 其他 (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 產生之副作用	<input type="checkbox"/> 未發生不良反應* ¹								
	<input type="checkbox"/> 曾發生不良反應								
	症狀:	不良反應與藥品之相關性			不良反應結果* ²				
	<input type="checkbox"/> Arthralgia	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
	其他:								
<input type="checkbox"/> _____	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
<input type="checkbox"/> _____	1 確定	2 極可能	3 可能	4 存疑	A	B	C	D	
<input type="checkbox"/> _____	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"/> 嚴重副作用 <input type="checkbox"/> 其他_____)								
主治醫師 簽名				填表日期	民國 年 月 日				

*** 表格填寫說明**

- 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。
- 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

WARNINGS AND PRECAUTIONS :

- ◆ Supplement with the recommended daily allowance of vitamin A. Refer to an ophthalmologist if ocular symptoms suggestive of vitamin A deficiency occur.