

一、申請者資料

申請醫院：_____醫院代碼：_____

填表日期：_____年_____月_____日 填表人員：_____聯絡電話：_____

申請醫師：_____（醫師證書字號_____）

本次申請日期：_____年_____月_____日 首次申請日期：_____年_____月_____日

二、病人資料

姓名：_____性別：☐男 ☐女 身分證（護照）字號：_____

出生日期：_____年_____月_____日 保險身分：☐健保 ☐非健保 醫院病歷號碼：_____

聯絡電話：_____, _____, _____

居住地址：（縣市：_____）_____

三、申請使用 PCSK9 血脂調節劑原因

3.1 重大心血管疾病（必要條件）

以下診斷至少需符合一項，首次申請限給付於在發病後一年內開始使用最大耐受劑量 statin 之病人

☐ 心肌梗塞

☐ 動脈硬化相關之缺血性腦中風發作

☐ 接受冠狀動脈或其他動脈血管再通術（Revascularization）

發病日期：_____年_____月_____日

3.2 符合 PCSK9 血脂調節劑原因 以下條件至少需符合一項（必要條件）

- ☐ (1)經使用高強度 statin（如 rosuvastatin 20mg 或 atorvastatin 40 mg（含）以上）或病人可耐受之最大劑量的 statin 三個月（含）以上且之後再合併使用 ezetimibe 10 mg 三個月（含）以上，LDL-C 仍高於 135 mg/dL 之成人病人

甲、所使用最大耐受劑量之 statin 三個月(含)以上，之後加上 ezetimibe 三個月(含)以上

☐ Rosuvastatin 20 mg ☐ Atorvastatin 40 mg (含) 以上

治療期間：_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日

如未達上述劑量，請詳述最大耐受劑量之 statin 和原因_____

乙、Ezetimibe 治療期間：_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日

☐ (2)病人有下列 statin 禁忌症且持續使用 Ezetimibe 治療三個月，LDL-C 仍高於 135mg/dL

☐ 藥物過敏，請說明使用之成分名稱、藥品名稱及健保代碼，和所提報之過敏反應及其發病過程佐證資料_____

☐ 活動性肝病變，請詳附佐證資料_____

Ezetimibe 治療期間：_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日

☐ (3)診斷為對 statin 不耐受之患者，且持續使用 Ezetimibe 治療三個月，LDL-C 仍高於 135mg/dL

甲、Statin 之副作用為何？

☐ 確認為嚴重橫紋肌溶解症，只需一種 statin 即可以診斷 statin 不耐受（請詳附佐證資料）

☐ 肌肉或肝臟相關副作用或疾病（需符合中華民國血脂及動脈硬化學會 2019 年之共識規定¹，Myalgia score for statin intolerance 須大於 8 分，請附相關佐證資料）

☐ 其他_____

乙、同時是否有確認對“兩種” statin 產生上述副作用（檢附病歷紀錄），其中一種是在最低有效劑量²下均有不耐受之情況？（需註明藥品成分、藥品名稱及健保代碼）

第 1 種 statin _____劑量_____。

第 2 種 statin _____劑量_____。

備註：

1. 中華民國血脂及動脈硬化學會 2019 年之共識規定：Chien S-C et al., 2019 Taiwan Society of Lipids and Atherosclerosis expert consensus statement on statin

intolerance, Journal of the Formosan Medical Association,
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.11.017>

2. 每日最低有效劑量之定義依 2019 臺灣 statin intolerance 共識會議為仿單上最低劑量，定義為 rosuvastatin 5 mg, atorvastatin 10 mg, pravastatin 10 mg, lovastatin 20 mg, fluvastatin 20 mg, pitavastatin 1 mg, simvastatin 5 mg。另最低有效劑量可採每週累積之最低劑量計算結果。reference: J Formos Med Assoc.2018.doi: 10.1016/j.jfma.2018.11.017.

3.3 申請前一年內所有 LDL-C 之報告（首次申請者填寫）

第一次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

第二次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

第三次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

第四次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

3.4 首次使用 PCSK9 調節劑治療前之 LDL-C 報告及前次治療期間所有 LDL-C 之報告（再次申請者填寫）

首次使用前 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

治療後：第一次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

第二次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

四、申請使用 PCSK9 血脂調節劑種類

因上述原因得申請 PCSK9 血脂調節劑治療，最高劑量為每兩週使用 1 支。本類藥品不可同時使用，僅得擇一申請。申請藥物為

☐ Praluent® 保脂通（Alirocumab），兩週限使用 1 支

(現行附表) 附表五：全民健康保險使用 NovoSeven；Feiba 申報表

醫院代號		醫院名稱		病歷號碼	
姓名	性別	年齡	身分證號		
門診時間	年 月 日	住院期間	年 月 日至 年 月 日		
主要症狀	☐ 缺乏第七凝血因子之患者				
	☐ 發生第八因子和第九因子抗體者(抗體濃度超過 5 BU)，出現下列情況時(請敘明)：				
	☐ 明顯肌肉關節等處出血：				
	☐ 手術時：				
檢驗結果	PT:		PTT:		VII:C
	VIII:C		IX : C		其他:
抗體力價	VIII Ab	(1) 年 月 日 BU	(2) 年 月 日 BU		
	IX Ab	(1) 年 月 日 BU	(2) 年 月 日 BU		
治療情形	(1)藥物及劑量：		年 月 日至 年 月 日	療效	
	(2)藥物及劑量：		年 月 日至 年 月 日	療效	
	(3)藥物及劑量：		年 月 日至 年 月 日	療效	

申報醫師：

(修正附表) 附表五：全民健康保險使用繞徑治療藥物申報表

醫院代號				醫院名稱				病歷號碼				
姓名				性別				年齡				
身分證號												
門診時間		年 月 日		住院期間		年 月 日至 年 月 日						
主要症狀	☐ 缺乏第七凝血因子之患者											
	☐ 發生第八因子和第九因子抗體者(抗體濃度超過 5 BU)，出現下列情況時(請敘明)： ☐ 明顯肌肉關節等處出血： ☐ 手術時： ☐ 嚴重出血(如外傷、內出血或顱內出血等)： ☐ <u>檢附患處影像報告或照片。(○○○/○○/1)</u> <u>門診病人親自到診由醫師診視始能領藥，不得代領。(○○○/○○/1)</u> ☐ <u>每 3 個月追蹤抗體力價變化。(○○○/○○/1)</u>											
檢驗結果	PT:				PTT:				VII:C			
	VIII:C				IX : C				其他:			
抗體力價	VIII Ab		(1) 年 月 日 BU/ mL				(2) 年 月 日 BU/mL					
	IX Ab		(1) 年 月 日 BU/ mL				(2) 年 月 日 BU/ mL					
治療情形	(1)藥物及劑量：				年 月 日至 年 月 日		療效					
	(2)藥物及劑量：				年 月 日至 年 月 日		療效					
	(3)藥物及劑量：				年 月 日至 年 月 日		療效					

備註：檢送之抗體力價報告為最近 3 個月。

申報醫師：

(現行附表) 附表六 全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin(IVIG)治療川崎病 (Kawasaki Disease) 申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

A. 臨床症狀

☐發燒五天或五天以上

且合併下列五項臨床症狀中至少四項：

☐肢端病變：急性期手掌足底變紅、腫

恢復期從指（趾）尖開始脫皮

☐多行性皮炎

☐兩眼眼球結膜充血 (bulbar conjunctiva)

☐嘴唇及口腔的變化：紅唇、乾裂或草莓舌或咽喉泛紅

☐頸部淋巴腺腫

B. 實驗檢查數值

紅血球沉降速率 (ESR) _____ C-反應蛋白 _____

血色素(血比容) _____ 血小板 _____

C. ☐只符合三項臨床症狀，但心臟超音波有冠狀動脈病變

◎ 請注意是否有下列疾病再使用

有	無	疾 病 或 症 狀
		Streptococcal Inf. (如 scarlet fever)
		Viral & rickettsial exanthems
		Drug reaction (eg. Stevens-Johnson syndrome)
		Juvenile rheumatoid arthritis
		Staphylococcal scalded skin syndrome
		Toxic shock syndrome

附註

川崎病診斷標準請參考 IVIG 使用規定

IVIG 限區域醫院(含)以上教學醫院使用

IVIG 限病發十天內使用

申請醫師 _____ 醫事機構章戳 _____

審核意見：

(修正附表) 附表六 全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin(IVIG)治療川崎病 (Kawasaki Disease) 申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

A. 臨床症狀

☐發燒五天或五天以上

且合併下列五項臨床症狀中至少四項：

☐肢端病變：急性期手掌足底變紅、腫

恢復期從指（趾）尖開始脫皮

☐多行性皮炎

☐兩眼眼球結膜充血(bulbarconjunctiva)

☐嘴唇及口腔的變化：紅唇、乾裂或草莓舌或咽喉泛紅

☐頸部淋巴腺腫

B. 實驗檢查數值

紅血球沉降速率(ESR)_____ C-反應蛋白_____

血色素(血比容)_____ 血小板_____

C. ☐只符合三項臨床症狀，但心臟超音波有冠狀動脈病變

◎ 請注意是否有下列疾病再使用

有	無	疾 病 或 症 狀
		Streptococcal Inf.(如 scarlet fever)
		Viral & rickettsial exanthems
		Drug reaction(eg. Stevens-Johnson syndrome)
		Juvenile rheumatoid arthritis
		Staphylococcal scalded skin syndrome
		Toxic shock syndrome

附註

川崎病診斷標準請參考 IVIG 使用規定

IVIG 限

- 1.區域醫院(含)以上教學醫院使用，或
- 2.具有小兒心臟醫師證書之小兒科醫師，並有小兒心臟超音波儀器之醫院實施。

IVIG 限病發十天內使用

申請醫師_____醫事機構章戳_____

審核意見：

(現行附表) 附表十八之一 全民健康保險血友病患者使用「第八、第九凝血因子」在家治療紀錄表

☐ 預防性注射

☐ 出血時注射

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：☐ A型血友病 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 其他
☐ B型血友病 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空瓶數量及批號：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日	注射時間			注射瓶數	每瓶含量	出血原因		出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射後效果		注射後發生之不適症狀	注射者簽名(章)
	(月/日)	上午	下午	時間(時/分)		自發性出血	受傷後出血	代號或部位	左	右	改善	未改善		

備註：1. 病人於下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。

2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：500IUx2 瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。

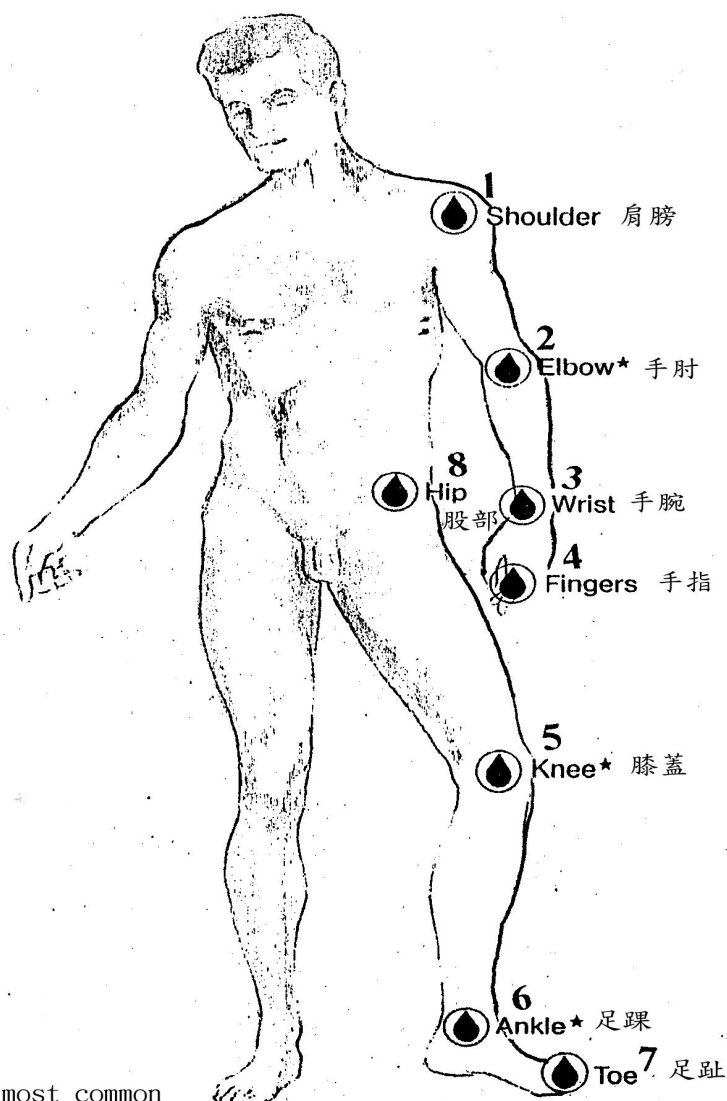
3. 出血部位說明請見背面圖示。

Possible Sites of Joint Bleeding

關節可能出血的部位

- 9 肌肉出血
- 10 皮下出血
- 11 腸胃道出血
- 12 血尿
- 13 鼻腔出血
- 14 牙齦出血
- 15 口腔內出血
- 16 腦部出血

※如非關節出血・請直接於
欄位中填寫出血部位。



★ most common
有記號者最容易出血處

(修正附表) 附表十八之一 全民健康保險血友病患者使用「第八、第九凝血因子」在家治療紀錄表

☐ 預防性注射

☐ 出血時注射

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：☐ A型血友病 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 其他
☐ B型血友病 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空瓶數量及批號：_____ 剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/日)	注射時間			注射瓶數 (瓶)	每瓶含量	出血原因		出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射後效果		注射後發生之不適症狀	注射者簽名(章)
	上午	下午	時間 (時/分)			自發性出血	受傷後出血	代號或部位	左	右	改善	未改善		

備註：

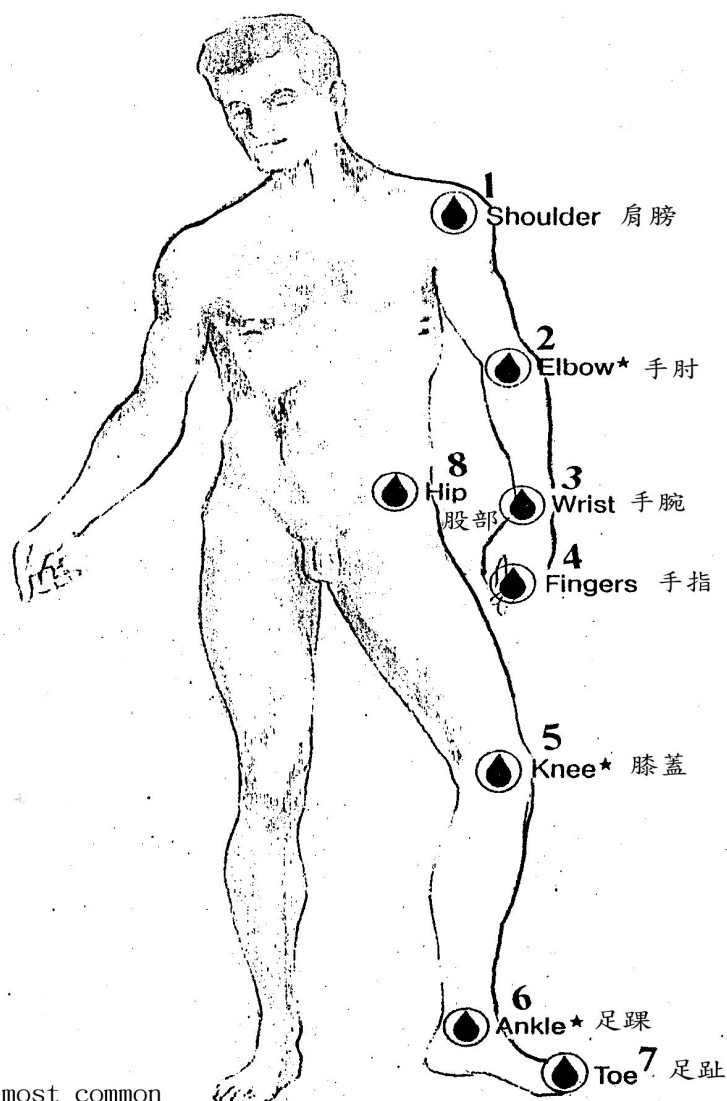
1. 病人於下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。
2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：500IUx2 瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。
3. 出血部位說明請見背面圖示。

Possible Sites of Joint Bleeding

關節可能出血的部位

- 9 肌肉出血
- 10 皮下出血
- 11 腸胃道出血
- 12 血尿
- 13 鼻腔出血
- 14 牙齦出血
- 15 口腔內出血
- 16 腦部出血

※如非關節出血・請直接於
欄位中填寫出血部位。



★ most common
有記號者最容易出血處

(現行附表) 附表十八之二 全民健康保險血友病患者使用「繞徑治療藥物」在家治療紀錄表

☐ 預防性注射

☐ 出血時注射

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：☐ A型血友病合併第八因子抗體 ☐ 其他
☐ B型血友病合併第九因子抗體

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量(瓶)：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空瓶數量及批號：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/日)	注射時間			注射瓶數 (瓶)	每瓶含量	出血原因		出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射後效果		注射後發生之不適症狀	注射者簽名(章)
	上午	下午	時間 (時/分)			自發性出血	受傷後出血	代號或部位	左	右	改善	未改善		

備註：1. 病人下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。

2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：500IU×2 瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。

3. 出血部位說明請見背面圖示。

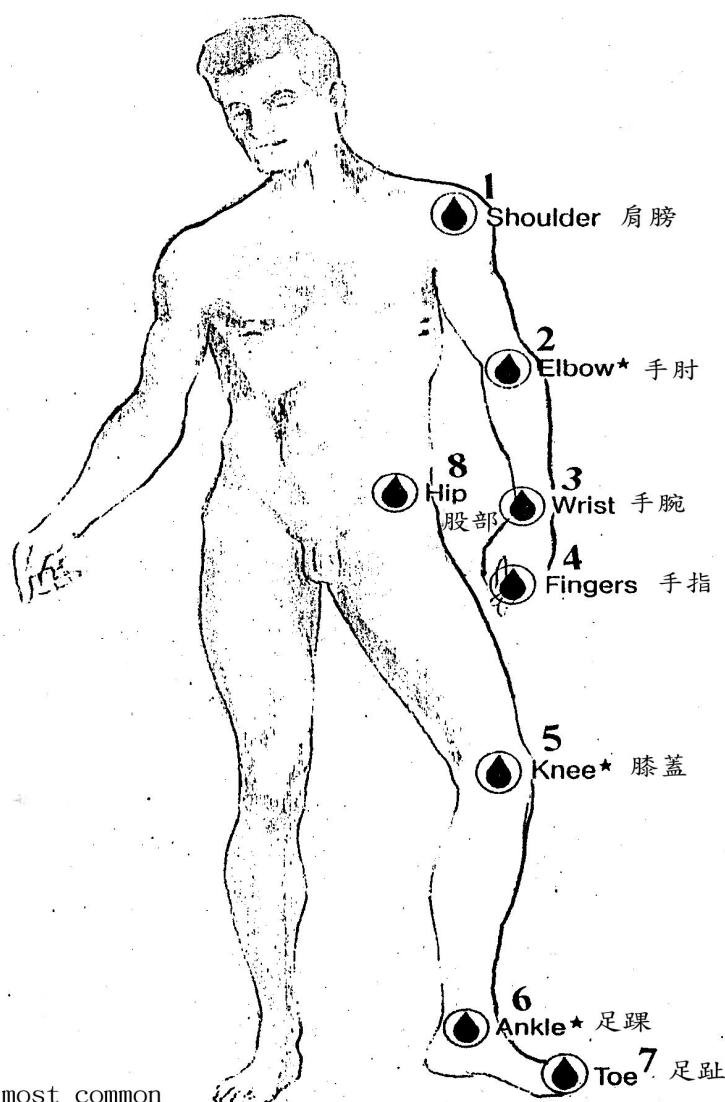
Possible Sites of Joint Bleeding

關節可能出血的部位

- 9 肌肉出血
- 10 皮下出血
- 11 腸胃道出血
- 12 血尿
- 13 鼻腔出血
- 14 牙齦出血
- 15 口腔內出血
- 16 腦部出血

※如非關節出血・請直接於

欄位中填寫出血部位。



★ most common
有記號者最容易出血處

(修正附表) 附表十八之二 全民健康保險血友病患者使用「繞徑治療藥物」在家治療紀錄表

☐ 預防性注射

☐ 出血時注射

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：☐ A型血友病合併第八因子抗體 ☐ 其他
☐ B型血友病合併第九因子抗體

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量(瓶)：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空瓶數量及批號：_____ 剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/日)	注射時間			注射瓶數 (瓶)	每瓶含量	出血原因		出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射後效果		注射後發生之不 適症狀	注射者簽名(章)
	上午	下午	時間 (時/分)			自發性出血	受傷後出血	代號或部位	左	右	改善	未改善		

備註：

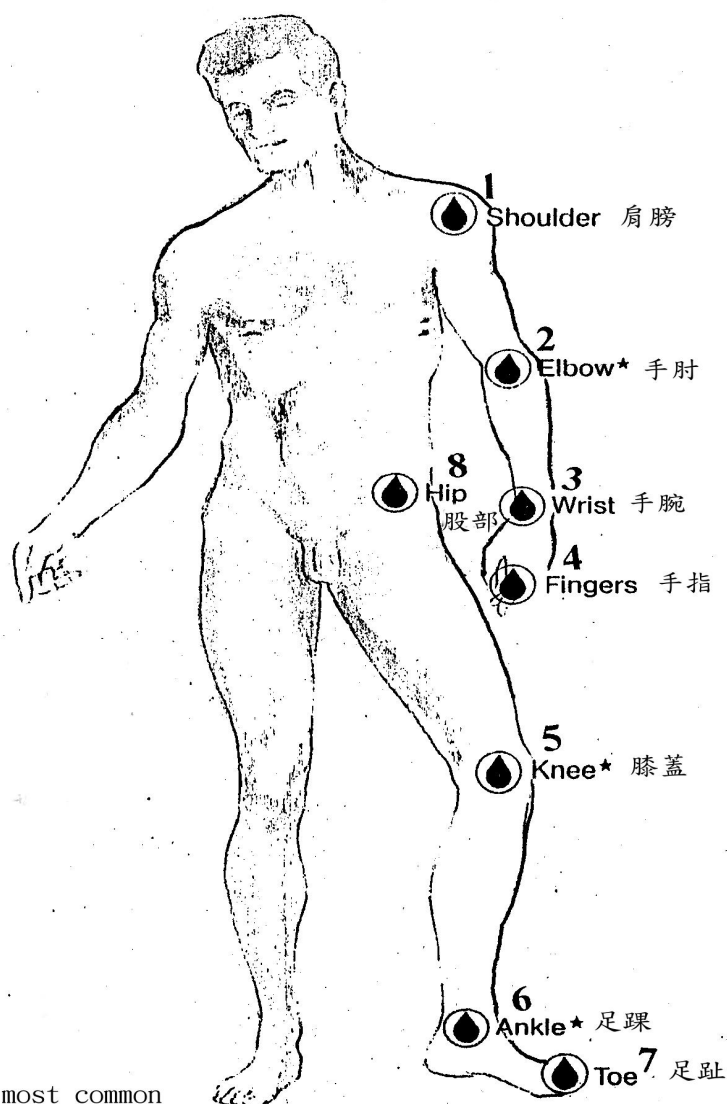
1. 病人下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。
2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：500IUx2 瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。
3. 出血部位說明請見背面圖示。

Possible Sites of Joint Bleeding 關節可能出血的部位

- 9 肌肉出血
- 10 皮下出血
- 11 腸胃道出血
- 12 血尿
- 13 鼻腔出血
- 14 牙齦出血
- 15 口腔內出血
- 16 腦部出血

※如非關節出血・請直接於

欄位中填寫出血部位。



★ most common
有記號者最容易出血處

(現行附表) 附表十八之三 全民健康保險一般型製劑及長效型製劑血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量

出血部位	第八凝血因子			第九凝血因子			備註事項
	欲達到 濃度 (IU/dL)	建議注射 劑量 (IU/Kg)	使用期間 (天)	欲達到 濃度 (IU/dL)	建議注射 劑量 (IU/kg)	使用期間 (天)	
關節	40-60	20-30	1-2	40-60	40-60	1-2	如治療效果不佳時，得視病情況延長凝血因子使用期間，需於病歷記載延長治療期間之理由
表在肌肉，沒有神經傷害	40-60	20-30	2-3	40-60	40-60	2-3	如治療效果不佳時，得視病情況延長凝血因子使用期間，需於病歷記載延長治療期間之理由
髂腰肌和深部肌肉，有神經傷害和相當出血(初期)	80-100	40-50	1-2	60-80	60-80	1-2	
髂腰肌(維持)	30-60	15-30	3-5	30-60	30-60	3-5	復健之次級性預防用藥得延長使用期間，需於病歷記載延長治療期間之理由
中樞神經/頭部(初期)	80-100	40-50	1-7	60-80	60-80	1-7	
中樞神經/頭部(維持)	50	25	8-21	30	30	8-21	
咽喉及頸部(初期)	80-100	40-50	1-7	60-80	60-80	1-7	
咽喉及頸部(維持)	50	25	8-14	30	30	8-14	
腸胃道(初期)	80-100	40-50	7-14	60-80	60-80	7-14	
腸胃道(維持)	50	25		30	30		
腎臟	50	25	3-5	40	40	3-5	
深部撕裂傷	50	25	5-7	40	40	5-7	
重大手術 (術前)	80-100	40-50		60-80	60-80		
重大手術 (術後)	60-80	30-40	1-3	40-60	40-60	1-3	
	40-60	20-30	4-6	30-50	30-50	4-6	
	30-50	15-25	7-14	20-40	20-40	7-14	
小手術 (術前)	50-80	25-40		50-80	50-80		
小手術 (術後)	30-80	15-40	1-5	30-80	30-80	1-5	得視手術方式延長治療期間，需於病歷記載延長治療期間之理由

(修正附表) 附表十八之三 全民健康保險一般型血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量

出血部位	第八凝血因子			第九凝血因子			備註事項
	欲達到 濃度 (IU/dL)	建議注射 劑量 (IU/Kg)	使用期間 (天)	欲達到 濃度 (IU/dL)	建議注射 劑量 (IU/kg)	使用期間 (天)	
關節	40-60	20-30	1-2	40-60	40-60	1-2	如治療效果不佳時，得視病情延長凝血因子使用期間，需於病歷記載延長治療期間之理由
表在肌肉，沒有神經傷害	40-60	20-30	2-3	40-60	40-60	2-3	如治療效果不佳時，得視病情延長凝血因子使用期間，需於病歷記載延長治療期間之理由
髂腰肌和深部肌肉，有神經傷害和相當出血(初期)	80-100	40-50	1-2	60-80	60-80	1-2	
髂腰肌(維持)	30-60	15-30	3-5	30-60	30-60	3-5	復健之次級性預防用藥得延長使用期間，需於病歷記載延長治療期間之理由
中樞神經/頭部(初期)	80-100	40-50	1-7	60-80	60-80	1-7	
中樞神經/頭部(維持)	50	25	8-21	30	30	8-21	
咽喉及頸部(初期)	80-100	40-50	1-7	60-80	60-80	1-7	
咽喉及頸部(維持)	50	25	8-14	30	30	8-14	
腸胃道(初期)	80-100	40-50	7-14	60-80	60-80	7-14	
腸胃道(維持)	50	25		30	30		
腎臟	50	25	3-5	40	40	3-5	
深部撕裂傷	50	25	5-7	40	40	5-7	
重大手術 (術前)	80-100	40-50		60-80	60-80		
重大手術 (術後)	60-80	30-40	1-3	40-60	40-60	1-3	
	40-60	20-30	4-6	30-50	30-50	4-6	
	30-50	15-25	7-14	20-40	20-40	7-14	
小手術 (術前)	50-80	25-40		50-80	50-80		
小手術 (術後)	30-80	15-40	1-5	30-80	30-80	1-5	得視手術方式延長治療期間，需於病歷記載延長治療期間之理由

(現行附表) 附表十八之四 全民健康保險血友病患者使用「第十三凝血因子」在家治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：☐第十三凝血因子缺乏之病人 ☐預防性注射

☐輕度 ☐中度 ☐重度 ☐其他 ☐出血性注射

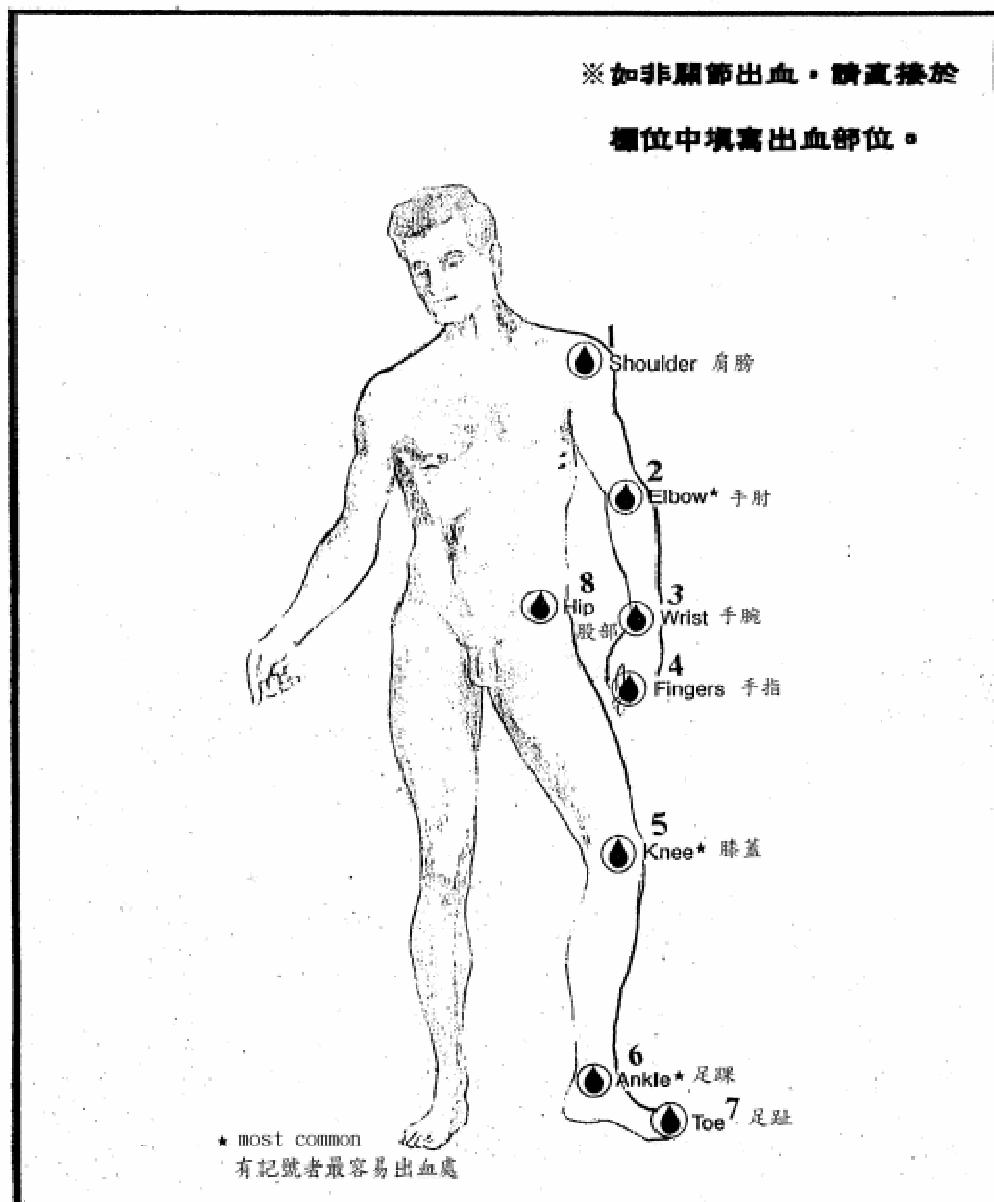
領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空瓶數量及批號：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/日)	注射時間			注射瓶數 (瓶)	每瓶含量	出血原因		出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射後效果		注射後發生之不適症狀	注射者簽名(章)
	上午	下午	時間 (時/分)			自發性出血	受傷後出血	代號或部位	左	右	改善	未改善		

備註：1. 病人於下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：250IUx2 瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。3. 出血部位說明請見背面圖示。3. 初次使用十三凝血因子，須經事前審查核准後方予給付。

Possible Sites of Joint Bleeding 關節可能出血的部位



(修正附表) 附表十八之四 全民健康保險血友病患者使用「第十三凝血因子」在家治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：☐第十三凝血因子缺乏之病人 ☐預防性注射
☐輕度 ☐中度 ☐重度 ☐其他 ☐出血性注射

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空瓶數量及批號：_____ 剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

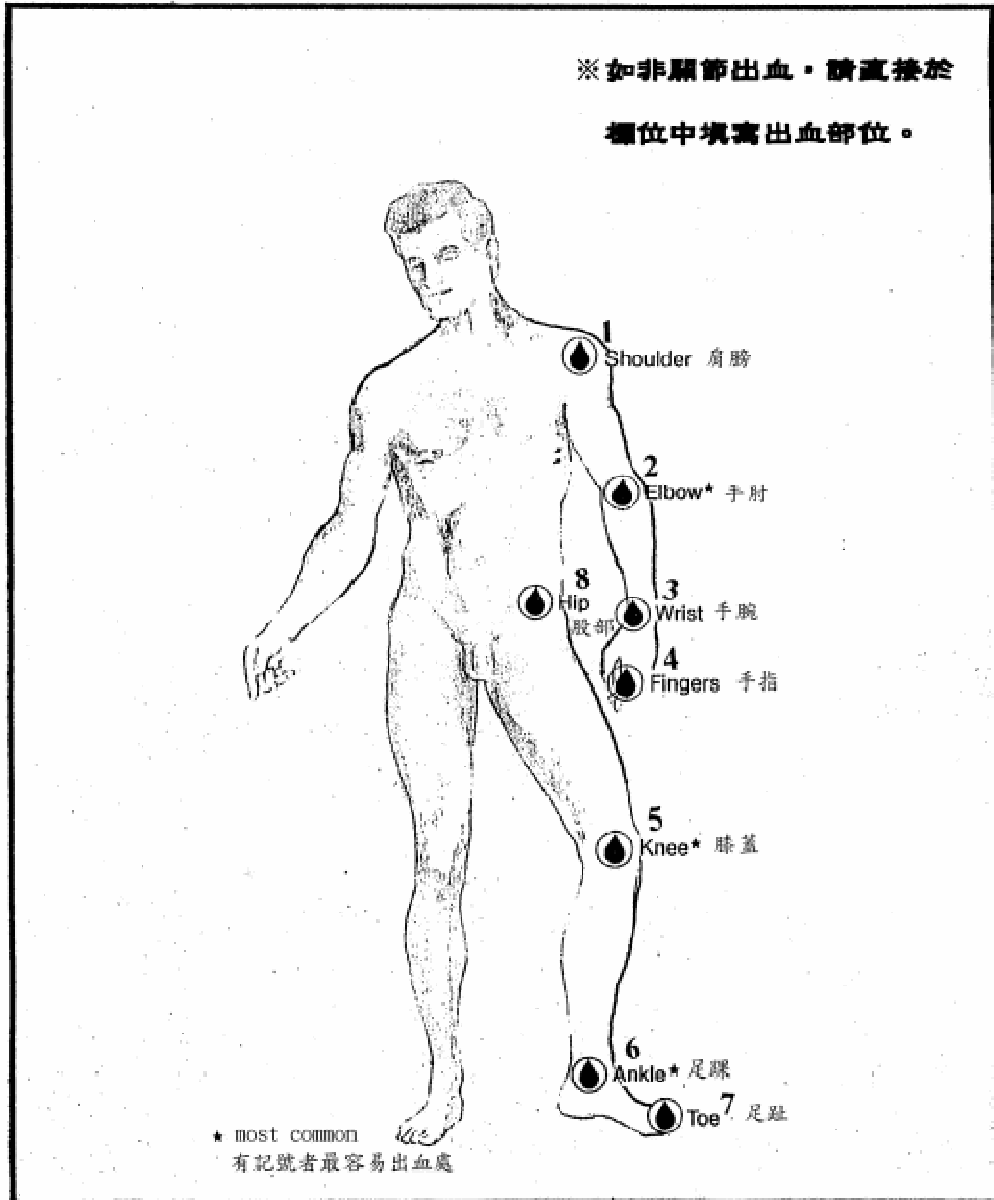
注射日 (月/日)	注射時間			注射瓶數 (瓶)	每瓶含量	出血原因		出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射後效果		注射後發生之不適症狀	注射者簽名(章)
	上午	下午	時間 (時/分)			自發性出血	受傷後出血	代號或部位	左	右	改善	未改善		

備註：

1. 病人於下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。
2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：250IU×2 瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。
3. 出血部位說明請見背面圖示。
4. 初次使用十三凝血因子，須經事前審查核准後方予給付。

Possible Sites of Joint Bleeding 關節可能出血的部位

※如非關節出血，請直接於
標位中填寫出血部位。



(新增附表) 附表十八之五 重型血友病患「醫療評估追蹤紀錄表」

病人本人至少需於3個月回診時由醫師填寫一次醫療評估追蹤紀錄表

基本資料:

姓名: _____ 病歷號碼: _____ 年齡: _____ 歲 體重: _____ 公斤

血友病: ☐A 型 ☐B 型 ☐其他 _____

回診分類:

- ☐ **預防性注射** 4歲及以下之病人, 每2至4週應至少回診一次。
- ☐ **預防性注射** 4歲以上至12歲之病人, 每4至6週應至少回診一次。
- ☐ **預防性注射** 12歲以上之病人, 每6至8週應至少回診一次。
- ☐ 有抗體之病人**治療時**(抗體最高歷史數值: _____ BU/mL), 應該每4週至少回診一次
- ☐ **需要時治療之無抗體重型血友病患, 每3個月應至少回診一次**
- ☐ **如果接受「皮下非補充製劑」的治療時, 視同Prophylaxis 追蹤**

治療期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1、預防注射: 使用劑量: 每公斤 _____ (單位: IU/ μ g/mg) 一週次數: _____ 次

共 _____ 次數 共 _____ 單位 ☐第八因子(藥名: _____)

☐第九因子

☐其他(藥名: _____)

_____ 次數 共 _____ 單位 (activated) PCC(藥名: _____)

_____ 次數 共 _____ 單位 recombinant factor VII(藥名: _____)

_____ 次數 共 _____ 單位 _____ (藥名: _____)

二、出血時注射(突破性出血):

出血部位: ☐腦部 ☐腸胃道 ☐呼吸道 ☐肌肉 ☐關節 ☐其他: _____

_____ 次數 共 _____ 單位 ☐第八因子 ☐第九因子 ☐其他

_____ 次數 共 _____ 單位 (activated) PCC(藥名: _____)

_____ 次數 共 _____ 單位 recombinant factor VII(藥名: _____)

_____ 次數 共 _____ 單位 _____ (藥名: _____)

三、手術或侵入性處置: ☐ 無 ☐ 有 請說明: _____

四、抗體數值: _____ BU /mL 檢驗日期: _____

(有抗體之病人請註明三個月內抗體檢測數值; 無抗體之病人請註明一年內抗體檢測數值)

五、每三個月至少一次檢測最低凝血因子濃度(trough level) _____ 檢驗日: _____

六、治療計畫:

☐維持治療

☐調整治療

請說明: _____

☐進一步檢查(例如:藥物動力學檢測)

請說明: _____

☐療效評估(包括 Petterson score, HJHS, HAL, QoL、肌肉骨骼超音波、不良事件反應、併發症等)(每年評估一次)

請說明: _____

評估醫師: _____

日期: _____