

附表二-A 全民健康保險使用 rt-PA(Actilyse)或 Tenecteplase (Metalyse)申報表 (血管 (不含腦血管) 血栓病患用)

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	

<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 懷疑有急性肺動脈栓塞 <input type="checkbox"/> 周邊血管血栓
---

診	<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞，符合以下各條件 <input type="checkbox"/> 確定診斷 <input type="checkbox"/> 發作在十二小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 近期中無腦血管疾病，手術及出血現象 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	診斷根據 <input type="checkbox"/> 臨床症狀 <input type="checkbox"/> 心電圖變化 <input type="checkbox"/> SGOT 升高 <input type="checkbox"/> CPK 升高 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈造影 <input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 在梗塞發作十二小時以內注射 發作時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 來診時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 開始注射時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 間隔 <input type="checkbox"/> 1 小時以內 <input type="checkbox"/> 1-2 小時 <input type="checkbox"/> 2-4 小時 <input type="checkbox"/> 4-6 小時 <input type="checkbox"/> 6-12 小時	
用量	<input type="checkbox"/> 2 瓶(100mg) <input type="checkbox"/> 1 瓶(50mg)	
心肌梗塞部位 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 中隔部 <input type="checkbox"/> 後壁		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報