

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	<input type="checkbox"/> 缺乏第七凝血因子之患者					
	<input type="checkbox"/> 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)：					
	<input type="checkbox"/> 明顯肌肉關節等處出血：					
	<input type="checkbox"/> 手術時：					
	<input type="checkbox"/> 嚴重出血(如外傷、內出血或顱內出血等)：					
<input type="checkbox"/> <u>檢附患處影像報告或照片。(○○○/○○/1)</u>						
<input type="checkbox"/> <u>門診病人親自到診由醫師診視始能領藥，不得代領。(○○○/○○/1)</u>						
<input type="checkbox"/> <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	療效		
			年 月 日			
	(2)藥物及劑量：		年 月 日至	療效		
			年 月 日			
(3)藥物及劑量：		年 月 日至	療效			
			年 月 日			

**備註：檢送之抗體力價報告為最近 3 個月。**

申報醫師：