

- 預防性注射
- 出血時注射
- 免疫耐受治療

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

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(瓶)：\_\_\_\_\_ 藥品名稱及批號：\_\_\_\_\_

繳回空瓶數量及批號：\_\_\_\_\_ 上次家中剩餘藥量(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(包含回收空瓶日期及總結存量等)，並請確認人員簽名(章)。

3. 出血部位說明請見背面圖示。

回收空瓶日期：\_\_\_\_\_

總結存量(瓶)：\_\_\_\_\_

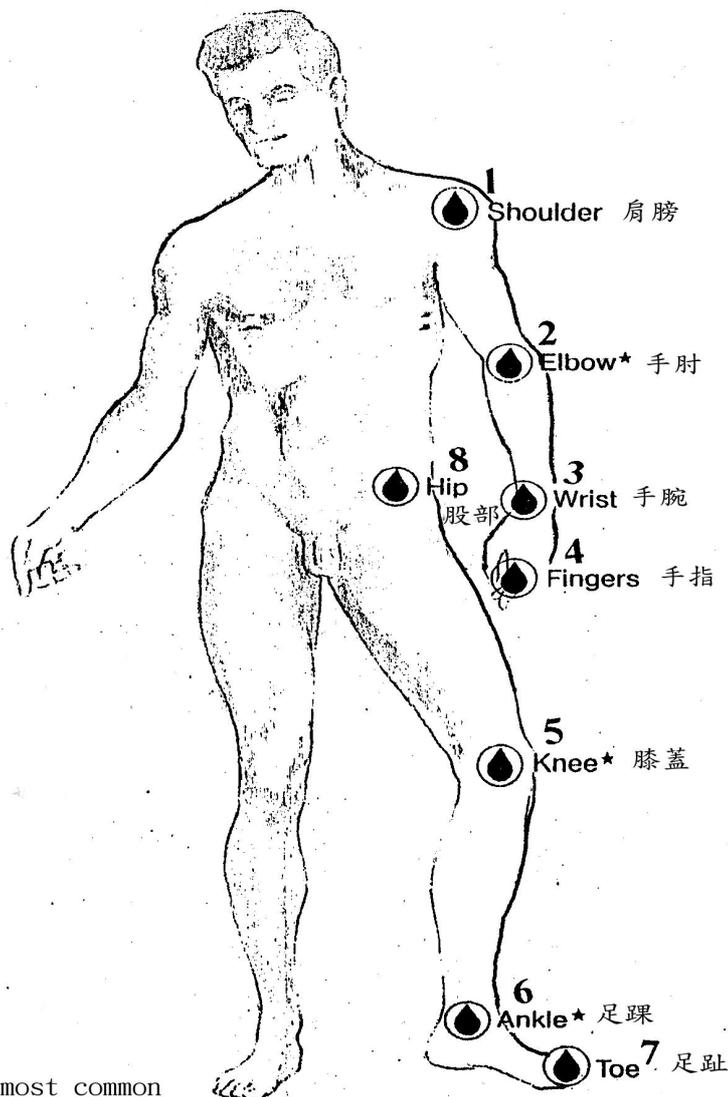
備註：灰底部分為新修訂規定

# 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