

附表三十三 全民健康保險遺傳性血管性水腫患者使用 Icatibant 治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____ 公斤
 領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量(針)：_____ 藥品名稱及批號：
 繳回空針數量及批號：_____ 確認人員簽名(章)：

| 注射日 (月/日) | 注射時間 | | | 注射後效果 | | 注射後發生之不適應狀 | 注射者簽名(章) |
|------------------|------|----|----------|-------|-----|------------|----------|
| | 上午 | 下午 | 時間 (時/分) | 改善 | 未改善 | | |
| | | | | | | | |

備註：

1. 領藥量請詳記藥品針數，使用空針於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。
2. 本藥品貯存方式：25°C 以下。
2. 遺傳性血管性水腫(HAE)可能症狀，請見「遺傳性血管性水腫衛教資訊及活動評估紀錄表」。

遺傳性血管性水腫衛教資訊及活動評估紀錄表

症狀與疾病特色

腫脹是遺傳性血管性水腫的主要症狀，在起先的 24 至 36 小時內，症狀通常會逐漸加劇，並在 48 小時內逐漸改善。

腫脹情形可能發生在身體的任何部位，包含喉嚨、腹部、臉部、手掌、腳掌和生殖器。

導致遺傳性血管性水腫發生的因素

- 皮膚受到壓力或創傷
- 反覆進行相同的動作或步驟
- 情緒壓力
- 感染
- 荷爾蒙改變

部分人可能會出現下列症狀：

- 刺痛感，是這種疾病的前驅症狀(可能比水腫更早發生)
- 排便習慣改變
- 類似流感的症狀
- 疲倦
- 範圍逐漸擴散的皮膚疹，正式醫學名稱為「邊緣性紅斑」

活動評估紀錄表：請於注射後24小時內填寫以下評量表

| | |
|---|---|
| 1. 腫脹情形都發生在一天當中的哪些時間區段?(請勾選所有符合的時間區段) | <input type="checkbox"/> 半夜 – 早上 8 點 |
| | <input type="checkbox"/> 早上 8 點- 下午 4 點 |
| | <input type="checkbox"/> 下午 4 點 – 半夜 |
| 2. 這些腫脹情形所引起的身體不適(如疼痛、灼熱感、搔癢)有多嚴重(或曾經有多嚴重)? | <input type="checkbox"/> 沒有不適 |
| | <input type="checkbox"/> 輕微不適 |
| | <input type="checkbox"/> 中度不適 |
| | <input type="checkbox"/> 嚴重不適 |
| 3. 在發生這些腫脹的期間，您是否能夠維持日常活動? | <input type="checkbox"/> 不受限制 |
| | <input type="checkbox"/> 輕微受限 |
| | <input type="checkbox"/> 嚴重受限 |
| | <input type="checkbox"/> 無法進行任何活動 |
| 4. 您覺得這些腫脹是否影響到您的外表? | <input type="checkbox"/> 沒有影響 |
| | <input type="checkbox"/> 有輕微影響 |
| | <input type="checkbox"/> 有中度影響 |
| | <input type="checkbox"/> 有嚴重影響 |
| 5. 您認為這些腫脹的整體嚴重度如何? | <input type="checkbox"/> 可忽略 |
| | <input type="checkbox"/> 輕微 |
| | <input type="checkbox"/> 中度 |
| | <input type="checkbox"/> 嚴重 |