

附表四 全民健康保險使用 Human Albumin 申報表

醫院	
----	--

病人姓名		身分證號		科別	
年齡	性別	病房號	門診		

使用日期_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

使用藥劑名稱及代碼_____

適 應 症	<input type="checkbox"/> 休克 (限 50gm)	<input type="checkbox"/> A 七十歲老人
		<input type="checkbox"/> B 嬰幼兒
		<input type="checkbox"/> C 合併心衰竭
		<input type="checkbox"/> D 其他休克病人已給生理鹽水等
	<input type="checkbox"/> 蛋白嚴重流失小於 2.5gm/dL	<input type="checkbox"/> E 肝硬化症 (每日限 25gm)
		<input type="checkbox"/> F 腎症候群 (每日限 25gm)
		<input type="checkbox"/> G 嚴重燒、燙傷
		<input type="checkbox"/> H 肝移植
		<input type="checkbox"/> I 蛋白質流失性腸症
	<input type="checkbox"/> 蛋白嚴重流失小於 3.0gm/dL	<input type="checkbox"/> J 嚴重肺水腫
		<input type="checkbox"/> K 大量肝切除
	<input type="checkbox"/> 開心手術 (限 37.5gm)	

用 量	日期	用量 (瓶)	檢驗結果	檢查日期	審核結果
	年 月 日		A/G(gm/dL)		

注意
事項 Albumin 值限最近 3 天以內，如係多次注射限上次注射後，最近 3 天內之結果。
每次注射前，務必檢查 Albumin 值，符合條件方可以再注射。

使 用 效 果 評 估	<input type="checkbox"/> Albumin 值提升至 _____ gm/dL	審 核 意 見	
----------------------------	---	------------------	--