

附表五：全民健康保險使用 NovSeven；Feiba 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)：					
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	(2) 年 月 日 BU			
	IX Ab	(1) 年 月 日 BU	(2) 年 月 日 BU			
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			

申報醫師：