

預防性注射

出血時注射

附表十八之四 全民健康保險血友病患者使用「第十三凝血因子」在家治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：第十三凝血因子缺乏之病人

輕度 中度 重度 其他

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：_____ 剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

領藥日 (年/月 /日)	注射時間			注射 瓶 (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		注射後發生之不適應狀	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		

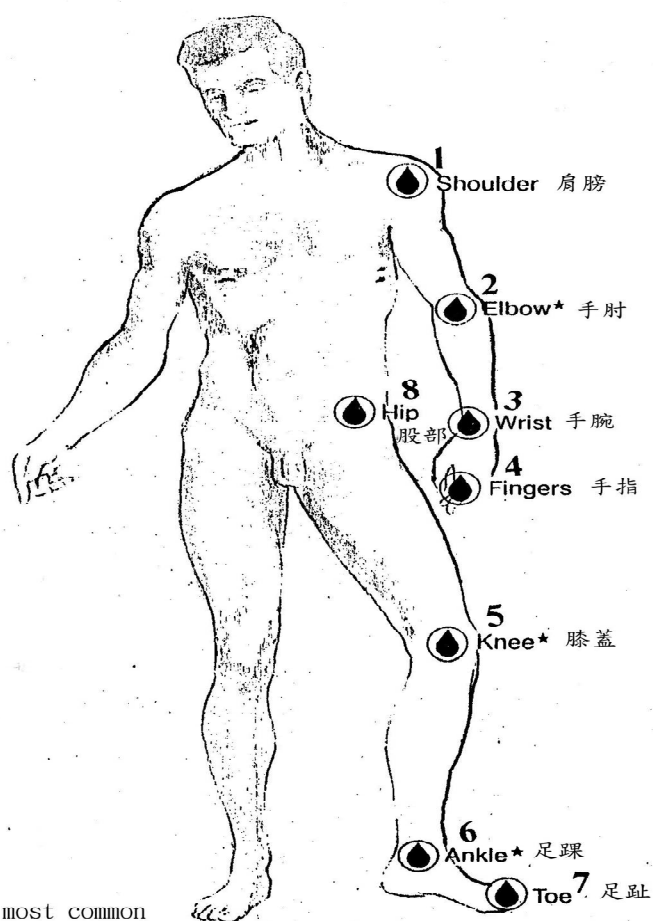
備註：

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：250IUx2 瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。
3. 出血部位說明請見背面圖示。
4. 初次使用十三凝血因子，須經事前審查核准後方予給付。

Possible Sites of Joint Bleeding

關節可能出血的部位

※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