

附表十八之五 重型血友病患「醫療評估追蹤紀錄表」

病人本人至少需於3個月回診時由醫師填寫一次醫療評估追蹤紀錄表

基本資料：

姓名：_____ 病歷號碼：_____ 年齡：_____ 歲 體重：_____ 公斤 身高：_____ 公分

血友病：A型 B型 其他_____

回診分類：

- 預防性注射4歲及以下之病人，每2至4週應至少回診一次。
- 預防性注射4歲以上至12歲之病人，每4至6週應至少回診一次。
- 預防性注射12歲以上之病人，每6至8週應至少回診一次。
- 有抗體之病人治療時(抗體最高歷史數值：_____ BU/mL)，應該每4週至少回診一次
- 需要時治療之無抗體重型血友病患，每3個月應至少回診一次
- 如果接受「皮下非補充製劑」的治療時，視同Prophylaxis追蹤

治療期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

一、預防注射：使用劑量：每公斤_____ (單位：IU/ μ g/mg)

使用頻次：每_____週使用_____次 共_____次數 共_____單位/月

第八因子(藥名：_____)

第九因子(藥名：_____)

其他(藥名：_____)

_____次數 共_____單位 (activated) PCC(藥名：_____)

_____次數 共_____單位 recombinant factor VII(藥名：_____)

_____次數 共_____單位 _____(藥名：_____)

二、出血時注射(突破性出血)：

出血部位：腦部 腸胃道 呼吸道 肌肉 關節 其他：_____

_____次數 共_____單位 第八因子 第九因子 其他

_____次數 共_____單位 (activated) PCC(藥名：_____)

_____次數 共_____單位 recombinant factor VII(藥名：_____)

_____次數 共_____單位 _____(藥名：_____)

三、手術或侵入性處置： 無 有 請說明：_____

四、抗體數值：_____BU /mL 檢驗日期：_____

(有抗體之病人請註明三個月內抗體檢測數值；無抗體之病人請註明一年內抗體檢測數值)

五、每三個月至少一次檢測最低凝血因子濃度(trough level)_____ 檢驗日：_____

六、治療計畫：

維持治療

調整治療

請說明：_____

進一步檢查(例如：藥物動力學檢測)

請說明：_____

療效評估(每年評估一次)

1. Pettersson score、HJHS、肌肉骨骼超音波：

請說明：_____

評估醫師：_____

2. HAL、QoL：

請說明：_____

3. 不良事件反應：

請說明：_____

4. 併發症：

請說明：_____

評估醫師：

日期：

備註：灰底部分為新修訂規定