

使用本藥品 產生之不良 事件 ^{*1}	<input type="checkbox"/> 未發生不良反應 <input type="checkbox"/> 曾發生不良反應		
	症狀	不良反應與藥品之相關性 ^{*2}	不良反應結果 ^{*3}
	<input type="checkbox"/> Rash/Urticaria	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Flushing	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Tachycardia	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Respiratory distress&failure	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Hypoxia	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Anemia	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Muscle twitch	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Tremor/Seizure	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Cough	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Constipation	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Diarrhea	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> Vomiting	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
	<input type="checkbox"/> 其他_____	1 確定 2 極可能 3 可能 4 存疑	A B C D
附件 ^{*4}	<input type="checkbox"/> 1.病歷摘要 <input type="checkbox"/> 2.病症相關的檢測報告 <input type="checkbox"/> 3.其他可支持療效之證明文件：		
整體治療 評估意見	<input type="checkbox"/> 本病人應繼續使用本藥品，並每年進行評估 <input type="checkbox"/> 本病人不建議繼續使用本藥品		
主治醫師 簽名		填表日期	民國 年 月 日

*** 表格填寫說明**

1. 不良事件：請填列病人在使用本藥品治療過程中曾發生之不良事件。如為嚴重藥物不良反應，應依規定進行嚴重藥物不良反應通報。
2. 不良反應與藥品之相關性： 1 確定; 2 極有可能; 3 可能; 4 存疑
3. 不良反應結果： A 死亡; B 危及生命; C 非死危之嚴重不良反應; D 非嚴重不良事件
4. 附件：請提供該個案的病例摘要與病症相關的檢測報告。