

附表三十三 全民健康保險遺傳性血管性水腫患者使用 Icatibant/Cl esterase inhibitor 治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____ 公斤

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量(針/瓶)：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空針/空瓶數量及批號：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/日)	注射時間			注射後效果		注射後發生之不適症狀	注射者簽名(章)
	上午	下午	時間(時/分)	改善	未改善		

備註：

1. 領藥量請詳記藥品針/瓶數，使用空針/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)。
2. 本藥品貯存方式：請參考藥品仿單標示之溫度正確保存藥品。
3. 遺傳性血管性水腫(HAE)可能症狀，請見「遺傳性血管性水腫衛教資訊及活動評估紀錄表」。

遺傳性血管性水腫衛教資訊及活動評估紀錄表

(111.6.1.更新)

症狀與疾病特色

腫脹是遺傳性血管性水腫的主要症狀，在起先的 24 至 36 小時內，症狀通常會逐漸加劇，並在 48 小時內逐漸改善。

腫脹情形可能發生在身體的任何部位，包含喉嚨、腹部、臉部、手掌、腳掌和生殖器。

導致遺傳性血管性水腫發生的因素

- 皮膚受到壓力或創傷
- 反覆進行相同的動作或步驟
- 情緒壓力
- 感染
- 荷爾蒙改變

部分人可能會出現下列症狀：

- 刺痛感，是這種疾病的前驅症狀(可能比水腫更早發生)
- 排便習慣改變
- 類似流感的症狀
- 疲倦
- 範圍逐漸擴散的皮膚疹，正式醫學名稱為「邊緣性紅斑」

活動評估紀錄表：請於注射後 24 小時內填寫以下評量表

1. 腫脹情形都發生在一天當中的哪些時間區段？(請勾選所有符合的時間區段)	<input type="checkbox"/> 半夜 - 早上 8 點
	<input type="checkbox"/> 早上 8 點- 下午 4 點
	<input type="checkbox"/> 下午 4 點 - 半夜
2. 這些腫脹情形所引起的身體不適(如疼痛、灼熱感、搔癢)有多嚴重(或曾經有多嚴重)？	<input type="checkbox"/> 沒有不適
	<input type="checkbox"/> 輕微不適
	<input type="checkbox"/> 中度不適
	<input type="checkbox"/> 嚴重不適
3. 在發生這些腫脹的期間，您是否能夠維持日常活動？	<input type="checkbox"/> 不受限制
	<input type="checkbox"/> 輕微受限
	<input type="checkbox"/> 嚴重受限
	<input type="checkbox"/> 無法進行任何活動
4. 您覺得這些腫脹是否影響到您的外表？	<input type="checkbox"/> 沒有影響
	<input type="checkbox"/> 有輕微影響
	<input type="checkbox"/> 有中度影響
	<input type="checkbox"/> 有嚴重影響
5. 您認為這些腫脹的整體嚴重度如何？	<input type="checkbox"/> 可忽略
	<input type="checkbox"/> 輕微
	<input type="checkbox"/> 中度
	<input type="checkbox"/> 嚴重