附表二-B　全民健康保險使用rt-PA(Actilyse)申報表（急性缺血性腦中風病患用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫院代號 |  | 醫院名稱 | |  | | 申請日期 |  |
| 病人姓名 |  | 性別 |  | 年齡 |  | 出生日期 |  |
| 身份證號 |  | 病歷號碼 | |  | | 體重 |  |
| 藥品名稱 |  | 藥品代碼 | |  | | 申請數量 |  |
| 使用期間 | 自　年　月　日　至　年　月　日 | | | | | 用法用量 |  |

|  |
| --- |
| * 急性缺血性腦中風 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診  斷 | □急性缺血性腦中風，符合以下各條件 | 診斷根據 |
| □確定診斷  □發作在4.5小時以內  □無出血性疾病  □符合適應症  □無禁忌症 | * 電腦斷層 * 核磁共振 * 神經檢查(含NIHSS) * 實驗室檢查 * 心電圖 * 其他 |
| * 在腦梗塞發作三小時以內注射   發作時刻　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分  來診時刻　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分  電腦斷層和核磁共振完成時間　　年　　月　　日　　時　　分  開始注射時間　　年　　月　　日　　時　　分 | |
| 實際用量： mg | | |

申報醫師： 本表請併醫療費用申報