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