

病人治療紀錄表(參考範例)

附件7

填表日期：__年__月__日

治療用藥	<input type="checkbox"/> Paxlovid <input type="checkbox"/> Molnupiravir	開始用藥日期	__年__月__日
個案資料			
姓名	發病日/採檢日	__年__月__日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號	出生年月日	__年__月__日	體重 __公斤
懷孕/哺乳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	最近6個月內曾接種 COVID-19疫苗： <input type="checkbox"/> 有，已接種__劑 <input type="checkbox"/> 無	
過去病史	<input type="checkbox"/> 有，請描述：_____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
藥物過敏史	<input type="checkbox"/> 有，請描述：_____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
最初顯示的臨床症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肌肉痛 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嗅味覺喪失 <input type="checkbox"/> 其他，請描述：_____		
治療經過	治療天數	評估內容	評估人員簽章
	第1天	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
	第2天	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
	第3天	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
	第4天	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
	第5天	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
	第6天	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	

	第7天	(1) 體溫： ____°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治	
--	-----	---	--

備註：

1. 個案抗病毒藥物使用情形與服藥期間之身體健康狀況追蹤，依病人接受隔離治療地點安排團隊進行追蹤，且病人治療紀錄表格式得由負責追蹤單位自行規劃，不限由醫師填寫，本表格為提供參考之範例格式。追蹤團隊說明如下：(1)居家照護之確定病例：由居家照護遠距照護諮詢團隊追蹤；(2)就地安置之住宿型長照機構確診住民：住宿型長照機構及地方政府衛生局指派之醫療機構；(3) 收治於集中檢疫所/加強版防疫專責旅宿：收治場所主責醫院；(4)住院之確定病例：收治醫院
2. 目前2款口服抗病毒藥物尚未取得我國藥物上市許可，係因應緊急公共衛生需要，專案核予EUA 以提供病人使用，故因使用此兩款藥物發生不良反應導致死亡、障礙或嚴重疾病時，不適用藥害救濟。
3. 倘使用時有任何不良反應，請立即向全國藥物不良反應通報中心通報：通報系統網站：<https://adr.fda.gov.tw/Manager/WebLogin.aspx>；地址：臺北市中正區愛國東路22號10樓；電話：02-23960100；傳真：02-23584100；電子郵件：adr@tdrf.org.tw