

附件四、肉毒桿菌抗毒素使用追蹤調查表

一、個案基本資料

1. 個案姓名：_____	4. 發病日：_____年_____月_____日
2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	5. 醫院名稱：_____醫院_____科 聯絡醫師：_____
3. 出生日期：_____年_____月_____日	6. 個案聯絡人：_____ 聯絡電話：_____

二、申請抗毒素時臨床症狀評估

1. 意識狀態	E____V____M____ (必填)
2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 1. 視覺模糊 (複視); <input type="checkbox"/> 2. 眼皮下垂; <input type="checkbox"/> 3. 瞳孔放大; <input type="checkbox"/> 4. 口乾; <input type="checkbox"/> 5. 吞嚥困難; <input type="checkbox"/> 6. 說話困難; <input type="checkbox"/> 7. 呼吸困難; <input type="checkbox"/> 8. 排尿困難; <input type="checkbox"/> 9. 感覺異常; <input type="checkbox"/> 10. 近端肢體無力 (10-1 <input type="checkbox"/> 上肢、10-2 <input type="checkbox"/> 下肢); <input type="checkbox"/> 11. 遠端肢體無力 (11-1 <input type="checkbox"/> 上肢、11-2 <input type="checkbox"/> 下肢)
3. 腸道症狀	<input type="checkbox"/> 12. 嘔吐; <input type="checkbox"/> 13. 腹瀉; <input type="checkbox"/> 14. 便秘; <input type="checkbox"/> 15. 腹脹
4. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 16. 發燒_____°C; <input type="checkbox"/> 17. 其他：_____ (請填寫)
5. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否; <input type="checkbox"/> 2. 是 (插管日期_____年_____月_____日)
6. 相關檢查	<input type="checkbox"/> 1. EMG_____ ; <input type="checkbox"/> 2. CSF_____ ; <input type="checkbox"/> 3. MRI_____ ; <input type="checkbox"/> 4. 其他_____

三、抗毒素使用劑量

1. 病患體重：_____公斤
2. 標準用量 (1 瓶) 時間：_____年_____月_____日_____時_____分~_____年_____月_____日_____時_____分
3. 特殊或追加用量 (1 瓶) 時間：_____年_____月_____日_____時_____分~_____年_____月_____日_____時_____分

四、抗毒素使用後不良反應 (adverse reactions) 評估

1. Hypersensitivity reaction (可能發生在數分鐘或數小時)	<input type="checkbox"/> 無; <input type="checkbox"/> 蕁麻疹; <input type="checkbox"/> 噁心; <input type="checkbox"/> 頭痛; <input type="checkbox"/> 支氣管痙攣; <input type="checkbox"/> 休克; <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： _____年_____月_____日_____時_____分
2. Infusion reactions (可能發生在 1~2 小時)	<input type="checkbox"/> 無; <input type="checkbox"/> 發燒; <input type="checkbox"/> 寒顫; <input type="checkbox"/> 血壓升高; <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： _____年_____月_____日_____時_____分
3. Serum sickness (可能發生在 5~24 天)	<input type="checkbox"/> 無; <input type="checkbox"/> 搔癢; <input type="checkbox"/> 蕁麻疹; <input type="checkbox"/> 發燒; <input type="checkbox"/> 關節痛; <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： _____年_____月_____日_____時_____分

五、抗毒素使用後臨床症狀評估

評估日期	病人狀況評估	
第一次評估： 使用後 6~12 小時內 日期：_____年_____月_____日 _____時_____分 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房; <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	1. 意識狀態	E____V____M____ (必填);
	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 1. 視覺模糊 (複視); <input type="checkbox"/> 2. 眼皮下垂; <input type="checkbox"/> 3. 瞳孔放大; <input type="checkbox"/> 4. 口乾; <input type="checkbox"/> 5. 吞嚥困難; <input type="checkbox"/> 6. 說話困難; <input type="checkbox"/> 7. 呼吸困難; <input type="checkbox"/> 8. 排尿困難; <input type="checkbox"/> 9. 感覺異常; <input type="checkbox"/> 10. 近端肢體無力 (10-1 <input type="checkbox"/> 上肢、10-2 <input type="checkbox"/> 下肢); <input type="checkbox"/> 11. 遠端肢體無力 (11-1 <input type="checkbox"/> 上肢、11-2 <input type="checkbox"/> 下肢)
	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 16. 發燒_____°C; <input type="checkbox"/> 17. 其他：_____ (請填寫)
	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否; <input type="checkbox"/> 2. 是 (插管日期_____年_____月_____日)
第二次評估： 使用後 3~7 天內	1. 意識狀態	E____V____M____ (必填);

評估日期	病人狀況評估	
日期：____年____月____日 ____時____分 住院：□1.一般病房； □2.加護病房	2.神經症狀	<input type="checkbox"/> 1.視覺模糊（複視）； <input type="checkbox"/> 2.眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 3.瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 4.口乾； <input type="checkbox"/> 5.吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 6.說話困難； <input type="checkbox"/> 7.呼吸困難； <input type="checkbox"/> 8.排尿困難； <input type="checkbox"/> 9.感覺異常； <input type="checkbox"/> 10.近端肢體無力（10-1 <input type="checkbox"/> 上肢、10-2 <input type="checkbox"/> 下肢）； <input type="checkbox"/> 11.遠端肢體無力（11-1 <input type="checkbox"/> 上肢、11-2 <input type="checkbox"/> 下肢）
	3.其他症狀	<input type="checkbox"/> 16.發燒____°C； <input type="checkbox"/> 17.其他：_____（請填寫）
	4.插管治療	<input type="checkbox"/> 1.否（拔管日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 2.是（插管日期____年____月____日）
第三次評估： 使用後 8~14 天內 日期：____年____月____日 住院：□1.一般病房； □2.加護病房	1.意識狀態	E____V____M____（必填）
	2.神經症狀	<input type="checkbox"/> 1.視覺模糊（複視）； <input type="checkbox"/> 2.眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 3.瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 4.口乾； <input type="checkbox"/> 5.吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 6.說話困難； <input type="checkbox"/> 7.呼吸困難； <input type="checkbox"/> 8.排尿困難； <input type="checkbox"/> 9.感覺異常； <input type="checkbox"/> 10.近端肢體無力（10-1 <input type="checkbox"/> 上肢、10-2 <input type="checkbox"/> 下肢）； <input type="checkbox"/> 11.遠端肢體無力（11-1 <input type="checkbox"/> 上肢、11-2 <input type="checkbox"/> 下肢）
	3.其他症狀	<input type="checkbox"/> 16.發燒____°C； <input type="checkbox"/> 17.其他：_____（請填寫）
	4.插管治療	<input type="checkbox"/> 1.否（拔管日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 2.是（插管日期____年____月____日）
第四次評估： 使用後 15~28 天內 日期：____年____月____日 住院：□1.一般病房； □2.加護病房	1.意識狀態	E____V____M____（必填）
	2.神經症狀	<input type="checkbox"/> 1.視覺模糊（複視）； <input type="checkbox"/> 2.眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 3.瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 4.口乾； <input type="checkbox"/> 5.吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 6.說話困難； <input type="checkbox"/> 7.呼吸困難； <input type="checkbox"/> 8.排尿困難； <input type="checkbox"/> 9.感覺異常； <input type="checkbox"/> 10.近端肢體無力（10-1 <input type="checkbox"/> 上肢、10-2 <input type="checkbox"/> 下肢）； <input type="checkbox"/> 11.遠端肢體無力（11-1 <input type="checkbox"/> 上肢、11-2 <input type="checkbox"/> 下肢）
	3.其他症狀	<input type="checkbox"/> 16.發燒____°C； <input type="checkbox"/> 17.其他：_____（請填寫）
	4.插管治療	<input type="checkbox"/> 1.否（拔管日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 2.是（插管日期____年____月____日）
第五次評估： 出院 日期：____年____月____日 住院：□1.一般病房； □2.加護病房	1.意識狀態	E____V____M____（必填）
	2.神經症狀	<input type="checkbox"/> 1.視覺模糊（複視）； <input type="checkbox"/> 2.眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 3.瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 4.口乾； <input type="checkbox"/> 5.吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 6.說話困難； <input type="checkbox"/> 7.呼吸困難； <input type="checkbox"/> 8.排尿困難； <input type="checkbox"/> 9.感覺異常； <input type="checkbox"/> 10.近端肢體無力（10-1 <input type="checkbox"/> 上肢、10-2 <input type="checkbox"/> 下肢）； <input type="checkbox"/> 11.遠端肢體無力（11-1 <input type="checkbox"/> 上肢、11-2 <input type="checkbox"/> 下肢）
	3.其他症狀	<input type="checkbox"/> 16.發燒____°C； <input type="checkbox"/> 17.其他：_____（請填寫）
	4.插管治療	<input type="checkbox"/> 1.否（拔管日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 2.是（插管日期____年____月____日）

※第二次評估至第四次評估，請儘可能選擇病人病情較有變化的一天填寫，如無明顯變化仍須填寫。

※第二次以後之評估，僅需填寫此頁上傳至本署傳染病個案通報系統即可。