

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 (日期)	評估內容		評估人員簽章	
	第1天 (<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>)	(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 (<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>)	(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 (<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>)	(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 (<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>)	(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 (<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>)	(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			

(表格如不敷使用可自行增列)

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：地方政府衛生局指派之醫療機構(居家照護遠距照護諮詢團隊或開立處方治療之院所)；(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. 有關 COVID-19 口服抗病毒藥物之保存、使用及相關副作用等注意事項，請詳閱藥品中文說明書（含病人與照顧者說明單張），下載網址：衛生福利部食品藥物管理署 > COVID-19 專區 (<https://gov.tw/EXW>)。請醫療院所及藥局在交付口服抗病毒藥物予病人（或其代理人）時，應確認處方內容，詳細告知病人藥物的用量、使用方法及相關注意事項等，並請將藥物中文說明書、用藥須知或醫療院所/藥局自行製作之用藥說明或衛教單等，提供予病人（或其代理人）參考。
3. 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。
4. 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