|  |  |
| --- | --- |
| 案件編號： | 申請醫師： |
| 申請類別：□恩慈療法 □專案進口 □健保事前審查專案給付 |
| 產品類型：□藥品 □醫療器材 □醫療技術 □放射性藥品 □細胞治療 |
| **產品(藥品/醫療器材/醫療技術)資訊** |
| 商品名/學名 |  |
| 規格與劑型 |  |
| 申請量 | (ex:每周/月/年藥品需求量與總申請量) |
| 申請期限 | 西元\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日至西元\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日 |
| 製造/提供廠商及產地 |  |
| 委託進口廠商 |  |
| 藥品/醫材許可證號 |  |
| **病患資訊** |
| 重大/危及/罕見病名 |  |
| 病患人數 | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_人 |
| 收錄個案描述：治療結果代碼：A. 早期改善 B. 穩定未惡化 C.治療反應不佳 D. 死亡 E.未依計畫執行\*請詳述 F.拒絕治療 G. 其他\*請詳述。 |
| 編號 | **姓名** | **病歷號碼** | **性別** | **年齡** | **使用數量** | **首次藥物使用日期** | **治療結果代碼** |
| 1 |  |  |  |  |  | / /  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | / /  |  |
| 3 |  |  |  |  |  | / /  |  |
| 4 |  |  |  |  |  | / /  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | / /  |  |
| **治療結果分析(後續追蹤)** |
|  |
| **檢附資料清單** | **是否檢附(未檢附需說明)** |
| 1.結案報告表 | **必檢附文件** |
| 2.原核准之治療計畫書 | □是□否，請說明： |
| 3.已簽名之病人同意書影本 | □是□否，請說明： |
| 4.病人治療前後病歷摘要及/或臨床資料 | □是□否，請說明： |
| 5.治療病人名冊 (若申請病人數超過2人以上(含2人)，需檢附) | □是□否，請說明： |
| 6.本會之核准函 | □是□否，請說明： |
| 7.中央主管機關之核准函 | □是□否，請說明： |
| 8.發生嚴重不良事件之記錄(若有，請檢附通報資料) | □是□否，請說明： |
| 申請人簽章： 日期：ˍˍˍ/ˍˍ/ˍˍ |

註1：計畫主持人應於恩慈療法/專案進口/健保事前審查專案給付審查案執行期限完畢後1個月內向委員會提交完整之書面結案報告。