

全民健康保險使用 tirofiban (Aggrastat) 申報表

醫院代號	0143010011	醫院名稱	署立屏東醫院	申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身分證號		病歷號碼		出生日期	
藥品代碼		申請數量		體重	
使用期間	自 年 月 日 時 分 至 年 月 日 時 分				

診	適應症範圍	診斷根據
	<input type="checkbox"/> 不穩定型心絞痛：(缺血性心絞痛合併心電圖兩個導程 ST 節段改變 1mm (0.1mv) 以上，及血循力學【hemodynamics】有變化者) <input type="checkbox"/> 非 Q 波之心肌梗塞	<input type="checkbox"/> 臨床症狀 <input type="checkbox"/> 心電圖變化 <input type="checkbox"/> Troponin 升高 <input type="checkbox"/> CK-MB 升高 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈造影 <input type="checkbox"/> 其他
斷	<input type="checkbox"/> 急性 Q 波心肌梗塞症狀發作十二小時內且準備進行冠狀動脈氣球擴張術(P T C A) 發作時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 來診時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 執行 P T C A 時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 注射起始時間：執行 P T C A 前 _____ 小時 注射結束時間：執行 P T C A 後 _____ 小時(≤48 小時)	

用量 1 瓶(12.5mg) 2 瓶(25mg) 3 瓶(37.5mg)

心肌梗塞部位

- 前壁
 側壁
 中隔部
 下壁

申報醫師：

本表請併醫療費用申報