

附件五

非癌症慢性頑固性疼痛病人長期使用成癮性麻醉藥品新個案列報表

**依管制藥品管理條例第六條規定，醫師、牙醫師非為正當醫療之目的，不得使用管制藥品。

貴院使用成癮性麻醉藥品之正當性，將提請食品藥物管理署醫療使用管制藥品審核會審議，請務必詳實填寫並檢附證明，若填寫不完整而導致誤判，可能有損貴院權益**

1.醫院名稱：	2.處方醫師科別：
3.病人基本資料	
姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 民國（前） 年 月 日生
身分證字號：	病歷號碼：
4.使用成癮性麻醉藥品合理性評估	
4-1、相關病史及診斷（請相關專科醫師詳述疼痛之相關病灶、疼痛強度及影響病人生活品質程度	
相關病史：_____	

理學檢查：_____	

和疼痛相關之診斷：_____；診斷日期：_____	
(1)相關檢查報告（ <input type="checkbox"/> 生化檢驗報告 <input type="checkbox"/> 病理切片報告 <input type="checkbox"/> 內視鏡、超音波、X光、CT、MRI等影像檢查報告 <input type="checkbox"/> 其他：_____）	
(2)疼痛強度：	
靜態時疼痛	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不痛 痛極了
活動時疼痛	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不痛 痛極了
(3)生活受疼痛影響的程度：	
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 不受影響 完全受影響
(4)實際影響生活狀況（例如活動、工作、睡眠、情緒等）：	

4-2、使用非成癮性麻醉藥品之治療史與治療成效

(非成癮性麻醉藥品包括一般止痛藥、止痛輔助藥及影響精神藥品…等)

未曾使用非成癮性麻醉藥品止痛。(勾選此項請續填 4-3)

曾使用非成癮性麻醉藥品，請詳述：

(1) 治療過程中使用之藥品/劑型/用法用量/起迄時間等

(2) 接受上述藥品後，疼痛減輕百分比？

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
沒減輕 完全減除

4-3、使用非藥物治療史與治療成效 (非藥物治療方式包括手術、復健…等。)

未曾使用非藥物治療方式。(勾選此項請續填 4-4)

曾使用非藥物治療方式，請詳述：

(1) 曾使用之治療方式、時間 _____

(2) 接受上述治療方式後，疼痛減輕百分比？

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
沒減輕 完全減除

4-4、使用成癮性麻醉藥品之疼痛治療史與治療成效

(1) 請詳述治療過程中使用類鴉片止痛劑之藥品/劑型/用法用量/起迄時間等

(2) 接受上述藥品治療疼痛後，疼痛減輕百分比？

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
沒減輕 完全減除

(3) 使用上述藥品治療疼痛後，生活仍受疼痛影響的程度：

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
不受影響 完全受影響

(4) 仍未達最佳劑量，劑量持續調整中。

(5) 其他：

5.精神科醫師評估結果：(需檢附會診意見及日期)

5-1 風險因子：

- 過去曾有菸、酒、非法物質等濫用史(包括類鴉片藥品及酒精)：
 否 是，何種物質(藥品)?_____
- 家人曾有酒、非法物質等濫用史
- 具臨床顯著之情緒不穩定，或合併相關精神疾病須臨床處置
(病名：_____)
- 衝動性格(曾有自傷、傷人、犯罪史等等)

5-2 目前是否有物質使用障礙症(包括類鴉片藥品及酒精)?

- 否 是，何種物質(藥品)?_____

5-3 其他評估發現，比如家庭對於病人之支持程度或社會功能：

5-4 成癮風險程度評估： 低 中 高

5-5 建議：

- 繼續使用成癮性麻醉藥品。
- 繼續使用成癮性麻醉藥品，但應防範物質使用障礙症之發生。
- 繼續使用成癮性麻醉藥品，但應同時治療物質使用障礙症。
- 不建議繼續使用。

醫師簽章：_____年____月____日

6.病人是否同時因疼痛就診其他醫療院所? 否。

是，醫院名稱_____，治療方式_____

7.未來治療計畫(例：如何改善病人疼痛狀況、調整成癮性麻醉藥品劑量)：

8.是否簽訂長期使用成癮性麻醉藥品病人告知同意書? 否 是，日期____(檢附證明)

9. 是否經會診程序始繼續使用成癮性麻醉藥品? 是 否

會診科別：(需檢附會診意見及填寫日期，會診意見中應敘明是否建議使用麻醉藥品)

* 疼痛(麻醉)科 建議使用 不建議

* _____科 建議使用 不建議

* _____科 建議使用 不建議

* _____科 建議使用 不建議

10. 檢附「管制藥品管理(委員)會」評估、審查之會議紀錄。

會議日期：____年____月____日

*填表醫師科別：_____ 簽章：_____ *填表日期：____年____月____日

*連絡電話：_____