

疑似血栓併血小板低下個案調查表

一、基本資料

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期(西元)：□□□□年/□□月/□□日
身分證字號：	接種日期(西元)：□□□□年/□□月/□□日	接種時間：□上午，□下午，□□時，□□分

藥物或食物過敏史：無已知的過敏反應，有，請簡述：_____

是否曾發生疑似血栓或血小板低下：無，有，請簡述：_____

用藥史(接種疫苗前 30 天內)：無，有，請簡述：_____

慢性疾病史：無，有，請簡述：_____

二、血小板檢驗 (血小板低下定義 platelet < 150,000/microL [$150 \times 10^9/L$])：

檢驗日期(西元)：□□□□年/□□月/□□日

血小板檢驗值(單位) nadir：_____

三、血栓相關危險因子 (請勾選)：

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 口服避孕藥或荷爾蒙補充治療 | <input type="checkbox"/> 懷孕或分娩與產後 | <input type="checkbox"/> 年齡>65 歲 | <input type="checkbox"/> 抽菸 | <input type="checkbox"/> 肥胖 |
| <input type="checkbox"/> 血栓家族史 | <input type="checkbox"/> 惡性腫瘤 | <input type="checkbox"/> 自體免疫疾病 | <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 | <input type="checkbox"/> 硬腦膜瘻管 |
| <input type="checkbox"/> 血管導管置放 | <input type="checkbox"/> 近期手術或外傷 | <input type="checkbox"/> 感染 | <input type="checkbox"/> 發炎性腸道疾病 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ |

四、血栓臨床表現與診斷 (請勾選符合之相關症狀或檢查)：

臨床診斷
<input type="checkbox"/> 腦靜脈竇血栓/其他腦靜脈血栓 (Cerebral venous sinus thrombosis / other Cerebral venous thrombosis) <input type="checkbox"/> 深層靜脈血栓(Deep vein thrombosis) <input type="checkbox"/> 肺血栓栓塞(Pulmonary thromboembolism) <input type="checkbox"/> 腹腔內血栓(Intra-abdominal thrombosis) <input type="checkbox"/> 缺血性中風(Ischemic stroke) <input type="checkbox"/> 心肌梗塞(Myocardial infarction) <input type="checkbox"/> 其他血栓，請說明：_____

影像學檢查、術式或病理學診斷 (主要發現)	血栓部位
<input type="checkbox"/> 超音波(Ultrasound – Doppler)	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 電腦斷層掃描—顯影劑或血管攝影(CT scan – contrast / angiography)	<input type="checkbox"/> 腦靜脈竇
<input type="checkbox"/> 核磁共振及靜脈或動脈造影 (Magnetic resonance venography or arteriography)	<input type="checkbox"/> 深層靜脈
<input type="checkbox"/> 心臟超音波(Echocardiogram)	<input type="checkbox"/> 肺動脈
<input type="checkbox"/> 肺臟血流灌注掃描(Perfusion V/Q scan)	<input type="checkbox"/> 腹腔內靜脈
<input type="checkbox"/> 傳統血管攝影或數位減影血管攝影 (Conventional angiography / digital subtraction angiography)	<input type="checkbox"/> 腦動脈血管
<input type="checkbox"/> 血栓切除術(Thrombectomy)	<input type="checkbox"/> 冠狀動脈
<input type="checkbox"/> 病理學切片或解剖診斷(biopsy or autopsy)	<input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____

實驗室檢驗

SARS-COV-2 PCR: 陰性； 陽性； 未檢驗

D-dimer · 檢驗值(peak): _____

Fibrinogen · 檢驗值(nadir): _____

PT / aPTT · 檢驗值 (peak): _____

INR · 檢驗值(peak): _____

Anti-Platelet Factor 4 : 陰性； 陽性； 未檢驗

其他特殊異常值 · 說明： _____

五、處置及現況：

藥物及相關治療 肝素(Heparin) 低分子量肝素(LMWH) 類固醇(Steroid) 免疫球蛋白(IVIG) 血漿置換術(plasma exchange)

其他抗凝血劑，請註明_____

現況 恢復到接種疫苗前的健康狀況； 症狀仍持續；

併發症或後遺症，請簡述： _____

死亡，死亡原因： _____

填寫醫師： _____

評估日期： _____

