附表十二　全民健康保險使用 Tirofiban (Aggrastat)申報表

醫院代號		醫院名稱				申請日期	
病人姓名		性別		年齡		出生日期	
身分證號		病歷號碼				體重	
藥品代碼		申請數量				用法用量	
使用期間	自　年　月　日　時　分至　年　月　日　時　分						

	適應症範圍	診斷根據
診斷	□ 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)，對傳統療法無反應者 □ 非 Q 波之心肌梗塞	□ 臨床症狀 □ 心電圖變化 □ Troponin 升高 □ CK-MB 升高 □ 冠狀動脈照影 □ 其他
	□ 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(PTCA) 發作時刻＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 ＿＿＿時＿＿＿分 來診時刻＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 ＿＿＿時＿＿＿分 執行 PTCA 時間＿＿年＿＿月＿＿日 ＿＿時＿＿分 注射起始時間：執行 PTCA 前＿＿小時 注射結束時間：執行 PTCA 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