

衛生福利部國民健康署「罕見疾病個案通報審查基準機制」(送審資料表)
- 重型海洋性貧血[Thalassemia major]-

檢附文件

1. 病歷資料及 6 個月內之輸血紀錄等(必要)
2. 血液檢驗等(必要)
3. 血紅素電泳分析(必要)
4. 基因報告(必要)
5. 其他檢查報告(選擇)

項目	填寫部分
臨床病史(必要)	<input type="checkbox"/> 診斷年齡 _____ 歲 <input type="checkbox"/> 開始輸血年齡 _____ 歲 <input type="checkbox"/> 6 個月內之輸血紀錄：包括輸血日期、輸血量、輸血前 Hb level (附病歷報告) <input type="checkbox"/> 體重 _____ 公斤
臨床症狀及徵兆(必要)	<input type="checkbox"/> 貧血(必要) <input type="checkbox"/> 肝脾腫大(選擇) <input type="checkbox"/> 生長發育遲滯(選擇)
血液檢驗報告(必要)	<input type="checkbox"/> 診斷時之 Hemogram <input type="checkbox"/> 6 個月內之 Hemogram、Reticulocytes、Bilirubin、Ferritin
血紅素電泳分析檢驗報告(必要)	<input type="checkbox"/> β 型重型海洋性貧血—年齡一歲以後 HbF>10% <input type="checkbox"/> α 型重型海洋性貧血—出現 Hb H and/or Hb Bart's
基因檢驗報告(必要)	<input type="checkbox"/> _____ 基因突變
診斷	<input type="checkbox"/> β 型重型海洋性貧血 <input type="checkbox"/> α 型重型海洋性貧血

衛生福利部國民健康署「罕見疾病個案通報審查基準機制」(審查基準表)
-重型海洋性貧血[Thalassemia major]-

