

衛生福利部疾病管制署抗結核免費用藥申請單

申請醫院： _____ 申請醫師簽章： _____ 醫院聯絡人： _____
 聯絡電話： _____ 傳真： _____ 醫院地址： _____
 申請日期： _____ 開始使用免費藥日期： _____ (加入 DOTS 有 無
 個案姓名： _____ 出生年月日 _____ 身分證： _____
 體重： _____ kg (健保 有 無) 個案管理單位： _____

| 藥品名稱 | 單位 | 次劑量 | 用法 | 天數 | 總量 |
|-------------------------------|----|-----|----|----|----|
| Prothionamide 250mg | 錠 | | | | |
| PAS Calcium Granules 5g | 包 | | | | |
| Levofloxacin 500mg/100mg(請圈選) | 錠 | | | | |
| Moxifloxacin 400mg | 錠 | | | | |
| Cycloserine 250mg | 膠囊 | | | | |
| Kanamycin 1gm (KM) | 瓶 | | | | |
| Streptomycin 1gm (SM) | 瓶 | | | | |
| Amikacin 250mg | 瓶 | | | | |
| Rifabutin 150mg | 膠囊 | | | | |

申請免費藥理由：

- 多重抗藥性 (Isoniazid+Rifampin) 非多重抗藥性但有其他抗藥
 藥物副作用 / 1 皮膚過敏 2 肝功能不佳 3 其他 _____
 HIV(+)病人合併 TB 且使用抗蛋白酶抑制劑或非核苷反錄酶抑制劑需使用 Rifabutin
 施打卡介苗產生不良反應
 其他 _____

初次申請免費藥 (以 30 天為上限)

再次申請免費藥 (第 _____ 次申請)

1. 情況已穩定，欲申請藥量共 _____ 天 (以 60 天為上限)，請至少每個月為病人看診一次。

2. 經審查醫師建議後再次提出申請 是 否

自主檢核是否依照申請方式檢附所需申請文件(請確實勾選並核對)：

初次申請： 詳附醫院病歷摘要(內容須註明 個案用藥史 驗痰結果 藥物感受性試驗結果 (註明檢查醫院) 有無其他病史 生化檢驗 CXR)。

再次申請(由同一醫師審核)： 詳述個案服藥情形 生化檢驗 治療後驗痰結果 每月檢附治療卡。

Rifabutin 申請原因若為 1. Rifampin 抗藥： 檢附 Rifabutin 有效之藥物感受性試驗結果。

2. Rifampin 造成之嚴重副作用： 檢附副作用情況及 rechallenge 情形之病歷。經過藥物漸進式給藥試驗(rechallenge)仍無效才能選用 Rifabutin，(rechallenge 流程請參考診治指引 p64-p65)

如為副作用且無抗藥性結核病人需使用 Quinolone 類藥品，必須申請 Levofloxacin。

審核建議：

同意，依原申請資料給藥。

同意申請，但建議修改藥物種類、劑量或治療時間如下：

不同意給藥，詳細說明：

_____ 區管中心傳真：

_____ 聯絡電話：

免費藥建議劑量及用法

| 藥品 | 每日劑量 (最大劑量) | 劑量(50 公斤以下) | 劑量(50 公斤以上) | 每月用量 | 包裝 |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------|------------------|---------|---------|
| Prothionamide 250mg | 15-20 mg/kg (1 gm) | 1#(bid) | 1#(tid) | 60-90# | 1000#/瓶 |
| PAS Calcium Granules | 1pack(bid)或 1pack(tid)(3packs) | | | | |
| Levofloxacin 500mg | 7.5-10mg/Kg (500-1000 mg) | 1#(qd) | 1.5#(qd)500-1000 | 30-45# | 100#/盒 |
| Moxifloxacin 400mg | 400mg | 1#(qd) | 1#(qd) | 30# | 5#/盒 |
| Streptomycin 1gm(im) | 15-20 mg/kg (1 gm) | | | | 10 瓶/盒 |
| Kanamycin 1gm(im) | 15-20 mg/kg (1 gm) | | | | 10 瓶/盒 |
| Cycloserine 250mg | 10-15 mg/kg (1 gm) | 1#(bid)或1#(tid) | 1#(bid)或1#(tid) | 60-90# | 500#/瓶 |
| Amikacin 250gm | 15-20 mg/kg (1 gm) | | | | 25 瓶/盒 |
| Rifabutin 150mg | HIV(-) | | | | 30#/盒 |
| | 300 mg | 2#(qd) | 2#(qd) | 60# | |
| | HIV(+) | | | | |
| | 1#(qod)-3#(qd)，視合併使用抗愛滋病毒藥物而定，詳如註二。 | | | 15#-90# | |

註一：SM、KM 用 5 cc 空針抽 3.4 cc water 打進 vial 搖勻 抽 3 cc=0.75gm 抽 2 cc=0.5gm

註二：**Rifabutin** 與抗愛滋病毒藥物組合的使用建議請參考疾管署結核病診治指引第九章表 9-2

皮疹反應的處理方法

| 日期(天) | 藥物 | 劑量 |
|-------|------|-----------|
| 0 | - | - |
| 1 | INH | 50mg/day |
| 2 | INH | 100mg/day |
| 3 | INH | 300mg/day |
| 4 | +RMP | 150mg/day |
| 5 | +RMP | 300mg/day |
| 6 | +RMP | full dose |
| 7 | +EMB | 200mg/day |
| 8 | +EMB | 400mg/day |
| 9 | +EMB | full dose |
| 10 | +PZA | 250mg/day |
| 11 | +PZA | 500mg/day |
| 12 | +PZA | full dose |

藥物性肝炎小量漸進式給藥試驗流程

| 日期(天) | 藥物 | 劑量 | 肝功能檢測 a |
|-------|------|-----------|---------|
| 0 | - | - | + |
| 1 | INH | 100mg/day | |
| 2 | INH | 200mg/day | |
| 3~5 | INH | full dose | + |
| 6 | +RMP | 150mg/day | |
| 7 | +RMP | 300mg/day | |
| 8-10 | +RMP | full dose | + |
| 11 | +PZA | 250mg/day | |
| 12 | +PZA | 500mg/day | |
| 13 | +PZA | full dose | + |

a: 包含 ALT, AST, 以及 total bilirubin

逐一加藥的過程中，可以同時使用足夠劑量的 EMB。

若病人之藥物性肝炎嚴重或合併有黃疸，在成功地重新使用上 INH 及 RMP 之後，不建議嘗試加入 PZA。

病歷摘要(範本)

一、基本資料

個案姓名：
通報院所：
診斷醫師：

總編號：
通報日期：

二、疾病史

糖尿病 心臟病 HIV 陽性 肝功能異常_____ 腎功能異常_____
塵肺症 其他 _____

三、結核病用藥史(一線藥)

四、二線抗結核藥品使用情形

(一) 二線抗結核藥品使用原因及日期

藥物副作用 ⇨ 診斷日期_____ ⇨ 開始使用二線藥日期_____
多重抗藥性 ⇨ 診斷日期_____ ⇨ 開始使用二線藥日期_____

(二) 二線抗結核藥品使用種類、劑量及次數

| 藥物 | 日期 | 劑量 | 次數 | 藥物 | 日期 | 劑量 | 次數 |
|-----------|----|--------|----|----|----|------|----|
| TBN | | 250mg | | SM | | 1 gm | |
| PAS | | 5g | | | | | |
| Ofloxacin | | 100 mg | | | | | |
| Amikacin | | 200 mg | | | | | |
| KM | | 1 gm | | | | | |

五、藥物敏感試驗

| 日期 | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|
| 檢驗單位 | | | | | |
| 藥物敏感試驗 | INH : S/R EMB : S/R RIF : S/R PZA : S/R SM : S/R | | | | |

六、痰塗片檢查結果(至少每三個月檢查一次)

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 檢查日期 | | | | | |
| 痰塗片檢查 | 陰性/陽性 | 陰性/陽性 | 陰性/陽性 | 陰性/陽性 | 陰性/陽性 |

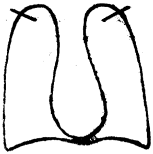
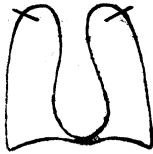
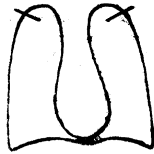
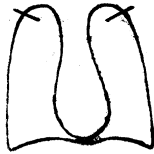
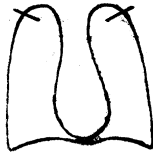
七、痰培養追蹤檢查結果(至少每三個月檢查一次)

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 檢查日期 | | | | | |
| 痰培養檢查 | 陰性/陽性 | 陰性/陽性 | 陰性/陽性 | 陰性/陽性 | 陰性/陽性 |

八、生化檢查結果 (至少每三個月檢查一次)

| | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| 檢查日期 | | | | | |
| GOT | | | | | |
| GPT | | | | | |
| BUN | | | | | |
| Creatinine | | | | | |
| Uric acid | | | | | |

九、CXR 的治療結果 (至少每三個月檢查一次)

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| 日期: | | | | |
|  |  |  |  |  |

十、病程摘要

十一、歷次 CXR

檢查日期：

貼上 CXR

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|--------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 姓名： | 病歷號碼： | 身分證字號： | 出生日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 日期 | | | | | | | | | | | | | |
| 藥物種類劑量/用藥天數 | | | | | | | | | | | | | |
| INH 100mg | | | | | | | | | | | | | |
| EMB 400mg | | | | | | | | | | | | | |
| RMP 150mg | | | | | | | | | | | | | |
| PZA 500mg | | | | | | | | | | | | | |
| RFT | | | | | | | | | | | | | |
| RFN | | | | | | | | | | | | | |
| TBN 250mg | | | | | | | | | | | | | |
| PAS 5g | | | | | | | | | | | | | |
| Levofloxacin 500mg/Moxifloxacin 400mg | | | | | | | | | | | | | |
| KM 1gm/SM 1gm/Amikacin 250mg | | | | | | | | | | | | | |
| CS 250mg | | | | | | | | | | | | | |
| Rifabutin 150mg | | | | | | | | | | | | | |
| 日期 | | | | | | | | | | | | | |
| 體重 | | | | | | | | | | | | | |
| X光 | | | | | | | | | | | | | |
| 抹片 | | | | | | | | | | | | | |
| 培養 | | | | | | | | | | | | | |
| ID/ST | | | | | | | | | | | | | |
| 日期 | | | | | | | | | | | | | |
| V/A | | | | | | | | | | | | | |
| AC | | | | | | | | | | | | | |
| PC | | | | | | | | | | | | | |
| GOT | | | | | | | | | | | | | |
| GPT | | | | | | | | | | | | | |
| T-bil | | | | | | | | | | | | | |
| BUN | | | | | | | | | | | | | |
| Cr | | | | | | | | | | | | | |
| UA | | | | | | | | | | | | | |
| WBC (x10 ³) | | | | | | | | | | | | | |
| RBC (x10 ⁶) | | | | | | | | | | | | | |
| Hb | | | | | | | | | | | | | |
| Plat (x10 ³) | | | | | | | | | | | | | |
| 備註： | | | | | | | | | | | | | |

醫院 _____ 年 _____ 月份抗結核二線用藥使用紀錄表

| 月日 | 次 | 有無 健保 | 申請醫院 | 姓名 | 身份證 | TBN 250mg | PAS 5g | Levofloxacin 500mg | Moxifloxacin 400mg | Cycloserine 250mg | KM 1gm | SM 1gm | Amikacin 250mg | Rifabutin 150mg | 管理轄 區管制 中心 | 診斷(MDR:1 副作用:2) |
|-------------|---|----------|------|----|-----|--------------|-----------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------|-----------|-------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 共 _____ 名個案 | | | | 總計 | | | | | | | | | | | | |

_____醫院____年____月二線抗結核藥品月報表

(單位：錠/支)

| 藥品 | 上月結存量 | 本月申請量 | 本月消耗量 | 本月結存量 | 次月需求量 |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Prothionamide(TBN) 250mg | | | | | |
| PAS Calcium Granules 5g | | | | | |
| Levofloxacin 500mg | | | | | |
| Moxifloxacin400mg | | | | | |
| Cycloserine250mg | | | | | |
| Kanamycin 1gm (KM) | | | | | |
| Streptomycin 1gm (SM) | | | | | |
| Amikacin 250mg | | | | | |
| Rifabutin 150mg | | | | | |

填表人：

電話：

主管：

收件住址：

收件人：

收件人聯絡電話：

衛生福利部疾病管制署申請免費抗結核藥品簽收單

醫院名稱：

日期：

| 藥 名 | 申請數量 | 核發數量 | 批 號 |
|---|------|------|-----|
| Prothionamide 250mg | | | |
| PAS Calcium Granules 5g | | | |
| Levofloxacin 500mg/100mg <small>(請圈選)</small> | | | |
| Moxifloxacin 400mg | | | |
| Cycloserine 250mg | | | |
| Kanamycin 1gm | | | |
| Streptomycin 1gm | | | |
| Amikacin 250mg | | | |
| Rifabutin 150mg | | | |

主管：

藥物管理人員：

備註：收到藥品，請將此表簽收後，傳真 06-2705280，俾利核銷。

附件 9-7F

抗結核免費用藥診療醫師回覆單

個案姓名：_____ 身分字號：_____ 申請醫院_____

於____年____月____日經結核病診療諮詢委員審查相關申請檢附資料後，提供 貴院診療建議如下，敬請參酌，並填寫 貴院之回覆意見，傳真至 區管制中心(FAX:0____--_____)

審查結果：

1. 同意申請，但建議修改藥物種類、劑量或治療時間如附件。
2. 不同意給藥，詳細如附件。

聯絡人：_____

電話：_____

原診療醫師回覆意見：

- 同意上開諮詢委員意見，並據以診治病患。
- 不同意上開諮詢委員意見，不同意之理由為：

原診治醫師簽名：_____ 年____月____日 聯絡電話：_____