

疾病管制署\_\_\_\_區管制中心TPOXX® (tecovirimat) 申請表 (傳真)

<p>基本資料</p>	<p>個案姓名：_____ 法定傳染病通報編號：_____</p> <p>生日：____年____月____日 性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女 體重：_____公斤</p> <p>發病日：____年____月____日 收治醫院：_____</p>
<p>申請適應症</p>	<p>符合疾病管制署公布M痘確定病例且具下列情形之一，並經醫師評估及病患/家屬同意使用者。</p> <p>(一) M痘重症患者</p> <p><input type="checkbox"/>出血性疾病 <input type="checkbox"/>融合型皮膚病灶 <input type="checkbox"/>敗血症 <input type="checkbox"/>腦炎 <input type="checkbox"/>具眼部或眼眶部位之病灶</p> <p><input type="checkbox"/>個案發生病灶部位，經臨床醫師評估可能導致嚴重後遺症</p> <p><input type="checkbox"/>其他：<u>(請說明)_____</u>。</p> <p>(二) 嚴重免疫不全者</p> <p><input type="checkbox"/>HIV感染且CD4&lt;200 cells/mm<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>白血病 <input type="checkbox"/>淋巴瘤 <input type="checkbox"/>全身性惡性腫瘤</p> <p><input type="checkbox"/>器官移植 <input type="checkbox"/>其他：<u>(請說明)_____</u>。</p> <p>(三) <input type="checkbox"/>兒童族群 (特別是一歲以下的嬰兒) <input type="checkbox"/>孕婦或哺乳婦女。</p>
<p>申請醫師確認事項</p>	<p>一、 本人已詳閱藥物使用說明，並評估患者使用本藥劑進行治療之風險及效益。</p> <p>二、 本人已向患者 (或其家屬) 詳細說明下列事項，並經其同意</p> <p>(一)需實施此項治療的原因</p> <p>(二)可能發生之不良反應及危險</p> <p>此致 衛生福利部疾病管制署_____區管制中心</p> <p>主治醫師簽章：_____ (聯絡電話或手機：_____)</p> <p>使用情形追蹤聯絡人：_____ (聯絡電話或手機：_____)</p>

備註：

聯繫資料			
院所地址			
聯絡/收件人			
聯絡電話及傳真	TEL：	FAX：	
<b>配送方式：</b> <input type="checkbox"/> 自取，請聯繫轄區疾病管制署各區管制中心後自取 <input type="checkbox"/> 寄送，配送地址：			
申請明細			
申請項目	申請數量 (200mg/顆)	核撥數量 (200mg/顆)	核撥批號
TPOXX <sup>®</sup> (tecovirimat)	顆	顆	
主治醫師	疾管署各區管制 中心承辦人	疾管署各區管制 中心單位主管	區指揮官同意

1. 本藥物尚未取得我國藥物許可證，需謹慎評估用藥之安全及必要性，並需取得使用相關人員同意及填寫「用藥同意書」及「使用紀錄表」。請檢附病歷、患部照片等相關佐證資料提供區指揮官研判。
2. 有關藥物存量可於申請前先電話詢問，並於本申請單填妥後，請回傳疾管署各區管制中心承辦人，並電話確認。謝謝合作！各區管制中心M痘口服抗病毒藥物承辦窗口聯絡方式如下表。
3. 院所需將核撥/出貨藥物所需作業時間，自行斟酌納入考量，或聯繫疾管署各區管制中心承辦人自取。