

衛生福利部疾病管制署抗結核公費藥申請單 請印雙面 (正面)

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： 開始使用公費藥日期： (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	單次服用劑量 (單位數)	用法	天數	總量
Prothionamide (TBN) 250mg	錠				
Levofloxacin 750mg/500mg/100mg (請圈選)	錠				
Moxifloxacin 400mg	錠				
Cycloserine 250mg	膠囊				
Streptomycin 1gm (SM)	瓶				
Amikacin 250mg	瓶				
Kanamycin 1gm	瓶				
RHZ 75/50/150 mg (愛兒肺平-3)	錠				
RH 75/50 mg (兒立服-2)	錠				

申請公費藥理由：
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_____

施打卡介苗產生不良反應 復發、失落個案 預期治療效果不佳 藥物交互作用

其他_____

※RHZ及RH為一線用藥，免病歷審查，請檢附本申請單及病人同意書(監護人代)即可一次申請足量，故無須填寫此欄；但若病人中斷使用藥品，請將剩餘之RHZ/RH退還衛生福利部胸腔病院。

1. 本次申請公費藥為
- 初次申請公費藥 (以30天為上限)
 - 再次申請公費藥 (第____次申請)
 - 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。
 - 經審查醫師建議後再次提出申請：是 否
2. 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

審核建議：

- 同意，依原申請資料給藥。
- 同意申請，但請再增加或修正藥物種類、劑量或治療時間如下：
- 不同意給藥，詳細說明：
- 建議送分子快篩。

_____ 管制中心傳真： 聯絡電話

公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
TBN 250mg	15-20 mg/kg (1 gm)	1# (bid)	1# (tid)	60-90#	1000#/瓶
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
SM 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
Kanamycin 1gm (im)	15-20 mg/kg (1 gm)				10瓶/盒

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

註二：本公費藥僅供應MDR-TB醫療照護體系及加入都治計畫病患使用。

兒童複方可溶錠RHZ及RH建議劑量及用法

藥品	劑量 (kg)				
	4-7	8-11	12-15	16-24	25+
RHZ 75/50/150mg	1# (tab)	2# (tab)	3# (tab)	4# (tab)	請參考成人劑量開立處方
RH 75/50mg					

使用注意事項:

- 藥品尚未取得我國藥證，故不符合申請藥害救濟的範圍，請各醫療院所在使用時，加強病人不良反應監測及通報；若經發現，請立即通知全國藥物不良反應通報中心，以保障病人權益。
- 為確保病人監護人知情同意之權利，藥品在使用前應先向其清楚說明與告知，並取得病人同意書；惟若情況緊急，亦應註於病歷，以供查考。

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：

總編號：

通報院所：

通報日期：

診斷醫師：

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、抗結核公費用藥使用情形

(一) 抗結核公費用藥使用原因及日期

藥物副作用 ⇨ 診斷日期_____ ⇨ 開始使用公費藥日期_____

多重抗藥性 ⇨ 診斷日期_____ ⇨ 開始使用公費藥日期_____

(二) 抗結核公費用藥使用種類、劑量及次數

藥物	日期	劑量	次數	藥物	日期	劑量	次數
TBN		250mg		SM		1g	
Levofloxacin		750mg		Amikacin		250 mg	
Levofloxacin		500mg		Kanamycin		1g	
Levofloxacin		100mg					
Moxifloxacin		400 mg					
Cycloserine		250mg					

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

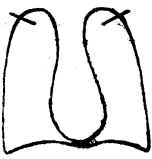
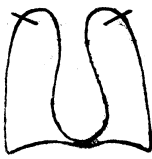
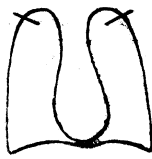
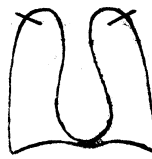
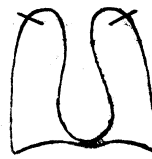
七、痰培養追蹤檢查結果（至少每三個月檢查一次）

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

結核病個案治療紀

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														
EMB 400mg														
RMP														
PZA 500mg														
複方:														
TBN 250mg														
PAS granule 4g														
Levofloxacin _____ mg/Moxifloxacin 400mg														
KM 1gm/SM 1gm/Amikacin 250mg														
CS 250mg														

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 ($\times 10^3$)														
RBC ($\times 10^6$)														
Hb														
Plat ($\times 10^3$)														

備註： _____

