

# 衛生福利部疾病管制署抗結核免費用藥申請單

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	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				
RHZ 75/50/150 mg (愛兒肺平-3)	錠				
RH 75/50 mg (兒立服-2)	錠				

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 \_\_\_\_\_  
 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)  
      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

※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)：  
**1.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)。  
**2.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：

\_\_\_\_\_ 管制中心傳真：                    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
TBN250mg	15-20 mg/kg (1 gm)	1#(bid)	1#(tid)	60-90#	1000#/瓶
Levofloxacin 500mg	<b>7.5-10mg/Kg (500~1000 mg)</b>	1#(qd)	1.5#(qd)500-1000	30-45#	100#/盒
Moxifloxacin 400mg	400mg	1#(qd)	1#(qd)	30#	5#/盒
SM1gm(im)	<b>15-20 mg/kg (1 gm)</b>				10瓶/盒
Cycloserine250mg	<b>10-15 mg/kg (1 gm)</b>	1#(bid)或1#(tid)	1#(bid)或1#(tid)	60-90#	500#/瓶
Amikacin 250gm	<b>15-20 mg/kg (1 gm)</b>				25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：本免費藥僅供應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

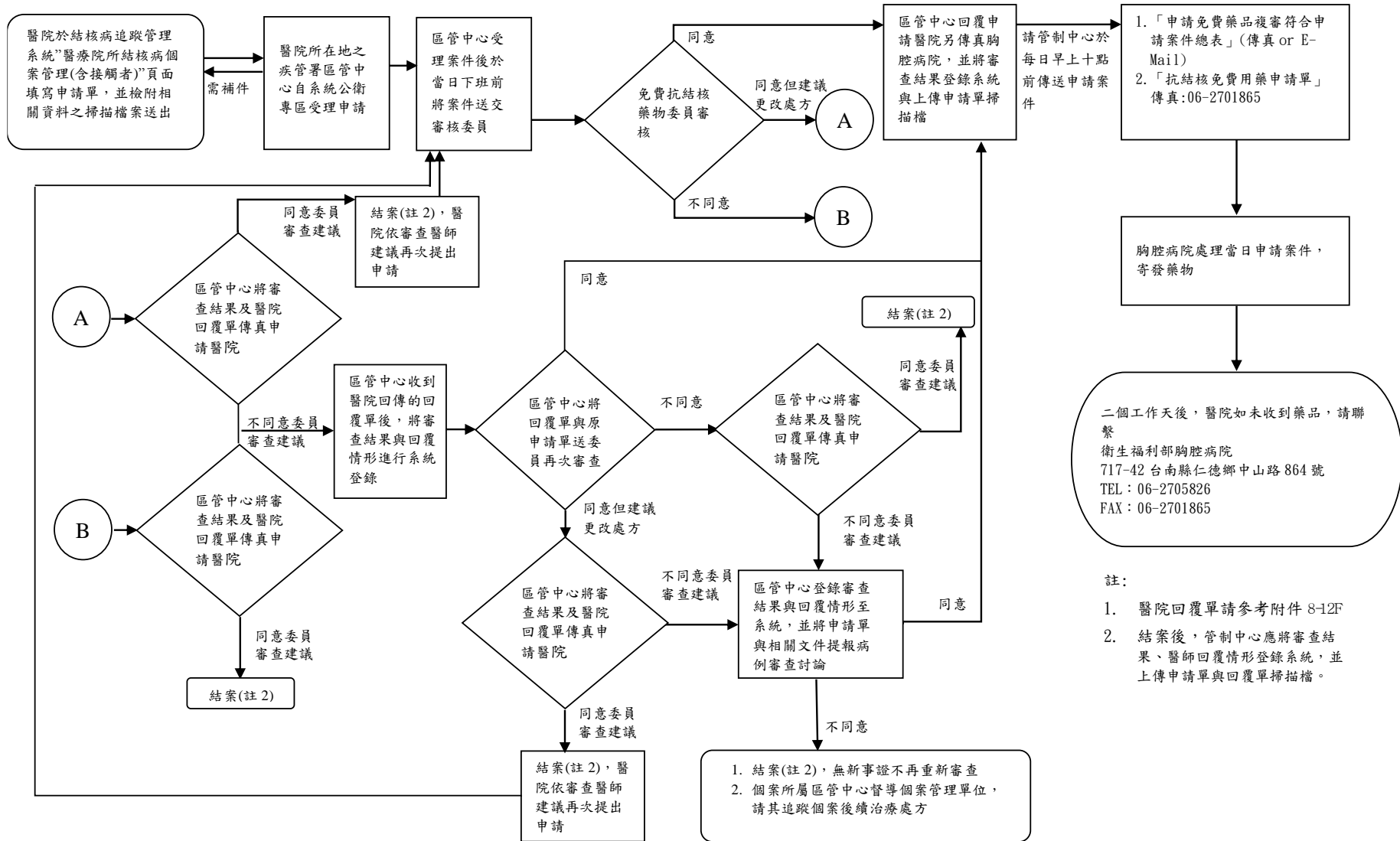
### 藥物性肝炎小量漸進式給藥試驗流程

日期(天)	藥物	劑量	肝功能檢測 <sup>a</sup>
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。

## 衛生福利部疾病管制署申請免費抗結核藥物流程



註：  
 1. 醫院回覆單請參考附件 8-12F  
 2. 結案後，管制中心應將審查結果、醫師回覆情形登錄系統，並上傳申請單與回覆單掃描檔。