14

衛生福利部結核病防治費用補助要點

111年7月25日衛授疾字第1110300383號 自一百十一年七月二十五日生效

一、衛生福利部(以下簡稱本部)為執行傳染病防治法第四十四條及第四十八條規定,加強結核病病人之發現及治療品質、減少就醫障礙及抗藥性結核菌之散播,以提高治療成功率;並降低受結核菌感染者之發病率及阻斷疫情傳播,特訂定衛生福利部結核病防治費用補助要點(以下簡稱本要點)。

二、本要點補助對象:

- (一)在國內就醫診療之結核病病人。
- (二)慢性傳染性結核病病人。
- (三) 結核病接觸者。
- (四)潛伏結核感染者。
- (五) 結核病高風險主動篩檢對象。

三、補助範圍:

- (一)醫療費用:依「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」辦理。
- (二)慢性傳染性結核病病人住院隔離療養,得申請費用補助之項目如下:
 - 1. 病人住院營養費。
 - 2. 病人生活濟助費。
- (三)執行都治得申請費用補助之項目如下:
 - 1. 人事費。
 - 2. 交通費。
 - 公衛驗痰費。
 - 4. 注射費。
 - 5. 病人營養費。
 - 6. 其他都治所需相關費用。
- (四) 抗藥性結核病醫療照護專案得申請費用補助之項目如下:
 - 1. 病人門診及住院之醫療費。
 - 2. 專案人事費。
 - 3. 病人隔離療養費。
 - 4. 病人照護費。
 - 5. 進階都治費。
 - 6. 病人營養費。
 - 7. 抗結核二線藥物費。
 - 8. 其他專案所需相關費用。

四、本要點之醫療照護服務,由下列之指定醫療院所提供:

- (一)一般指定醫療院所:中央健康保險署(以下簡稱健保署)之特約醫療院所 (含衛生所及慢性病防治所)。
- (二)慢性傳染性結核病病人住院治療補助指定醫院。
- (三)疾管署公開徵求辦理抗藥性結核病醫療照護體系(以下簡稱照護體系)之醫 事機構或法人組織。
- (四)潛伏結核感染治療合作醫療院所。
- (五) 結核病主動篩檢計畫合作醫療院所。

五、補助給付應符合之條件:

- (一)醫療費用:疾管署結核病追蹤管理系統登記列管之本要點補助對象。
- (二)住院營養暨生活濟助費:於指定醫院住院之慢性傳染性結核病病人,且遵從醫囑接受住院隔離者。
- (三)都治費用:疾管署結核病追蹤管理系統登記列管實施都治之本要點補助對象。
- (四)抗藥性結核病醫療照護專案費:疾管署結核病追蹤管理系統登記列管之本要 點補助對象,且符合照護體系收案條件者。

六、補助費用申請程序:

- (一)醫療費用(除抗結核二線藥物外)委由健保署辦理,其申報流程比照全民健康保險相關規定辦理。
- (二)住院營養暨生活濟助費委由指定醫院辦理,指定醫院分期向疾管署申請經費 核撥。
- (三)都治費用:由縣(市)政府衛生局提報年度執行計畫,經疾管署審核後,核 定補助經費額度並分期預撥費用。
- (四)抗藥性結核病醫療照護專案費:照護體系分期檢送個案收案資料及領據,向疾管署申請經費核撥。
- (五)抗結核二線藥物之供應則由醫療院所檢具二線藥治療處方相關資料,向疾管署申請,經審查後供給。

七、經費來源:由疾管署編列經費支付。

慢性傳染性結核病病人隔離治療給付項目

類別	醫令代碼	項目名稱	地區醫院	區域 醫院	醫學中心	支付點數
診察	02014K 02015A 02016B	隔離病床住院診察費(天)	V	V	V	471 440 388
費	02006K 02007A 02008B	一般病床住院診察費(天)	V	V	V	446 421 379
	03051B	負壓隔離病床病房費	V	V	V	1989
	03052B	負壓隔離病床—護理費	V	V	V	1989
病房費	03001K 03002A 03004B	急性一般病床病房費(床/天)	V	V	V	598 532 532
	03026K 03027A 03029B	急性一般病床護理費(床/天)	V	V	V	752 663 623
	32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查) Chest view (including each view of chest film)	V	V	V	200
檢	32002C	註: 連續拍照第二張以上者,第一張 200 點,第二張以後一律八折支付,點數為 160點。	V	V	V	160
查 費	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查註: 1.適應症: (1)懷疑分枝桿菌感染 (2)分枝桿菌治療監控2.相關規範: (1)需在負壓實驗室操作 (2)需附抗酸菌濃縮抹片染色檢查報告 (3)不得與13006C同時申報 (4)限疾管署認可結核病檢驗機構執行	V	V	V	74

類別	醫令代碼	項目名稱	地區醫院	區域 醫院	醫學中心	支付點數
	13026C	抗酸菌培養(限同時使用固態培養基及 具自動化偵測功能之液態培養系統) 註: 1.適應症: (1) 懷疑分枝桿菌感染 (2) 分枝桿菌治療監控 2.相關規範: (1) 需在負壓實驗室操作,且具自動化 偵測之液態培養基系統 (2) 需附抗酸菌培養報告 (3) 不得與13012C同時申報 (4) 限疾管署認可之結核病檢驗機構執 行	V	V	V	304
	13013C	抗酸菌鑑定檢查	V	V	V	200

備註:

- 1. 胸腔檢查每名病人於每家醫院365日內僅可申報一次。
- 2. 抗酸性濃縮抹片染色檢查、抗酸菌培養及抗酸菌鑑定檢查每名病人於每家醫院**30**日內 僅可申報一次。

慢性傳染性結核病病人住院治療補助指定醫院

編號	醫院所在縣市	醫院名稱	醫院代號
1	桃園市	衛生福利部桃園醫院新屋分院	0132110519
2	新竹縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院	0433030016
3	臺中市	臺中榮民總醫院	0617060018
4	臺中市	衛生福利部臺中醫院	0117030010
5	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	0137170515
6	嘉義市	衛生福利部嘉義醫院	0122020517
7	嘉義縣	臺中榮民總醫院灣橋分院	0640140012
8	臺南市	衛生福利部胸腔病院	0141270019
9	高雄市	高雄市立民生醫院	0102080017
10	高雄市	衛生福利部旗山醫院	0142030019
11	屏東縣	衛生福利部屏東醫院	0143010011
12	花蓮縣	財團法人佛教慈濟綜合醫院	1145010010
13	花蓮縣	衛生福利部花蓮醫院	0145010019
14	花蓮縣	臺北榮民總醫院鳳林分院	0645020015
15	臺東縣	衛生福利部臺東醫院	0146010013

備註:

本附表最新及完整資訊·可至疾管署全球資訊網(首頁>傳染病與防疫專題>傳染病介紹>第三類法定傳染病>結核病>治療照護>醫療費用補助>衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範)下載。

쪯死

慢性傳染性結核病病人住院營養暨生活濟助費印領清冊

原 自身分證字號 型交為 型交為 機性傳染性 在院 在院 基務學生活導助費 付益 付益 計分量等 第 查 日 自身分日期 1 數 日數 日數 日數 日數 合計新臺幣 萬 仟 佰元整		年月日	~	製表人	單位主管	加州
號 姓 名 審查 目 結核病病人 起 适 日 期 日數 日數 中人目 600 元×住院 合 計 簽 章 身分日期 日數					佰元整	
姓名 登記 関性傳染性 住院 住院 替養暨生活濟助費 計 簽 章 身分日期 自数 日数 日数 日数 日数						
姓名 登記 慢性傳染性 住院 營養暨生活濟助費 姓名 審查目 結核病病人 起送日期 日數 身分日期 自分日期						
姓名 登記 慢性傳染性 住院 營養暨生活濟助費 計 簽 章 姓名 審查日 結核病病人 起 迄 日 期 日數 日數 身分日期 日數 日數 日數						
地定為 判定為 管養暨生活濟助費 姓名 審查日 結核病病人 起 近 日 期 日數 自分日期 日數						
姓名 登記 慢性傳染性 住院 營養暨生活濟助費 姓名 審查日 結核病病人 起 迄 日 期 日數 日數						
	치마	11111	營養暨生活濟助費 每人日 600 元×住院 日數	院 住院日期 日數	Ш	姓名

, 由醫院轉發給個案 備註:指定醫院每月5日前協助符合補助條件者,檢具本清冊及病歷摘要等向疾管署申請核撥,俟費用撥付醫院後

無健保接觸者檢查給付項目

醫令代碼	項目名稱
12106C	結核菌素測驗
57112C	兒童結核菌素測驗
32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查) Chest view (including each view of chest film)
32002C 註:連續拍照第二張以上者,第一張 200點,第二張以後一律八支付,點數為 160點。	
E4003C	結核病接觸者檢查衛教諮詢及抽血
E4004C	丙型干擾素釋放試驗(IGRA·不含試劑費)

備註:

- 1. 另門診診察費等相關申報作業依健保規定申報,由疾管署支付。
- 2. 其餘不給付項目費用應由病人自費。

無健保潛伏結核感染治療(含副作用)給付項目

分類	醫令代碼	項目名稱
	12106C	結核菌素測驗
	57112C	兒童結核菌素測驗
	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶 S-GOT
	09023C	(Glutamic-oxaiacetic-transaminase)
	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 S-GPT
	09020C	(Glutamic-pyvuvic-transaminase)
	32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查)
	32001C	Chest view (including each view of chest film)
	32002C	註:連續拍照第二張以上者,第一張 200點,第二
檢驗	32002C	張以後一律八折支付,點數為 160點。
	27033C或14032C	B型肝炎表面抗原放射免疫分析(HBsAg)/B型
		肝炎表面抗原 HBsAg - EIA/LIA (擇一)
	27034B或14033C	B型肝炎表面抗體放射免疫分析(Anti-HBs)/B
		型肝炎表面抗體 Anti HBs (擇一)
	14051C	C型肝炎病毒抗體檢查(ANTI-HC (EIA) Ab)
	06006C	膽紅素檢查 (Bilirubin)
	09029C	膽紅素檢總量(Bilirubin Total)
	09030C	直接膽紅素 (Bilirubin Direct)
	14040Catt14092C	後天免疫不全症候群檢查(ANTI-HIV TEST
	14049C或14082C	(EIA/LIA)) / 人類免疫缺乏病毒抗原抗體複合型篩
		檢試驗 (HIV ELISA /Combo Ag+Ab)
治療	E4005C	潛伏結核感染治療衛教諮詢
藥品		所有抗結核藥物(包含健保或疾管署專案進口)

備註:

- 1. 門診診察費、藥事服務費等相關申報作業依健保規定申報,由疾管署支付。
- 2. 其餘不給付項目費用應由病人自費。
- 3. 如因潛伏結核感染治療引起之副作用,其相關醫療費用於次月5日前檢附無健保身分證明單、當次就醫之病歷影本、門住診醫療費用明細表(其正本需黏貼於支出憑證黏存單上,並依醫療單位內部審核流程先行核章)、領據(敘明撥款銀行名稱、通匯金融代號、帳戶名稱及帳號),以書面方式向疾管署申報。
- 4.「潛伏結核感染治療衛教諮詢」每名個案於每家醫院 365 日內僅可申報一次。

山地鄉結核病主動篩檢項目(包含無健保對象)-IDS 山地鄉巡迴篩檢方案

醫令代碼	項目名稱
E4006C	山地鄉胸部X光檢查
E4007C	山地鄉結核病症狀評估
E4008C	山地鄉結核菌快速分子檢測(不含試劑費)
E4012C	診斷結果編碼資料處理費

註1:山地鄉結核菌快速分子檢測含檢體採集、前處理等執行該項檢驗所需步驟。另檢驗試 劑由疾病管制署提供。

註2:上述支付點數比照 IDS 計畫評核指標獎勵費(加乘總額一成)方式計算,自山地鄉結 核病篩檢納入 IDS 計畫評核指標後恢復原支付點數。

註3:每位民眾每項當年度同一醫療院所僅可申報1次,限門診申報。

註4: 須先有 90 日內執行「山地鄉胸部 X 光檢查」或「山地鄉結核病症狀評估」紀錄(不限同家醫療院所執行),對結果為結核相關異常者進行結核菌快速分子檢測,始得申報「山地鄉結核菌快速分子檢測」,且不得另向健保申報 12182C 或 12184C。

註5:「山地鄉結核菌快速分子檢測」檢驗結果相關資料須上傳至結核病追蹤管理系統·未 上傳者不予支付。

註6:「診斷結果編碼資料處理費」須與「山地鄉胸部 X 光檢查」合併申報。

註7:診斷結果編碼分類表

HT / . H2 E	新紀未編協分與衣 	
代碼	代碼說明	分類參考關鍵字
0	正常	
1	異常・但無空洞	
2	異常・且有空洞	
3	肋膜積水	肋膜積水(肺(肋)膈角變鈍/肺小裂隙處變厚)
4	異常·無法排除 活動性結核病	肺浸潤/陰影(支氣管發炎/擴張/浸潤) 肉芽腫/結節 粟粒狀病灶 陳舊性肺結核 肺炎/發炎/感染 肺坍塌 矽肺病
5	異常,尚需醫師評 估結核病可能性	肺紋增加/粗糙 肺門擴張 間質增加 纖維化/鈣化/胸(肋膜)增厚 陳舊性發炎/過去發炎反應造成 上縱隔腔變/較寬
6	異常・無關結核病	肺氣腫/肺泡擴大 橫隔不平整/上升 原發性/轉移性肺癌 心血管病變 非結核引起之雙側肋膜積水 其他

山地鄉結核病主動篩檢項目(包含無健保對象)-設籍山地鄉民眾 主要就醫院所合作方案

醫令代碼	項目名稱
E4009C	設籍山地鄉民眾胸部 X 光檢查
E4010C	設籍山地鄉民眾結核病風險及症狀評估
E4011C	設籍山地鄉民眾結核菌快速分子檢測 (不含試劑費)
E4012C	診斷結果編碼資料處理費

註1:限地方政府衛生局當年度合作之公私立健保特約醫事服務機構申報。

註2:設籍山地鄉之民眾當年度同一醫療院所可申報1次,且限門診申報。

註3:院所須先執行「設籍山地鄉民眾胸部 X 光檢查」或「設籍山地鄉民眾結核病風險及症狀評估」,對結果為結核相關異常者,自檢查日起 90 內進行結核菌快速分子檢測,始得申報「設籍山地鄉民眾結核菌快速分子檢測」,且不得另向健保申報 12182C 或12184C。

註4:「設籍山地鄉民眾結核菌快速分子檢測」檢驗結果相關資料須上傳至結核病追蹤管理 系統·未上傳者不予支付。

註5:「診斷結果編碼資料處理費」須與「設籍山地鄉民眾胸部 X 光檢查」合併申報。

註6:診斷結果編碼分類表

口工 〇 . 口 / 图	斯結果編 備 分類表	
代碼	代碼說明	分類參考關鍵字
0	正常	
1	異常,但無空洞	
2	異常・且有空洞	
3	肋膜積水	肋膜積水(肺(肋)膈角變鈍/肺小裂隙處變厚)
4	異常·無法排除 活動性結核病	肺浸潤/陰影(支氣管發炎/擴張/浸潤) 肉芽腫/結節 粟粒狀病灶 陳舊性肺結核 肺炎/發炎/感染 肺坍塌 矽肺病
5	異常,尚需醫師評 估結核病可能性	肺紋增加/粗糙 肺門擴張 間質增加 纖維化/鈣化/胸(肋膜)增厚 陳舊性發炎/過去發炎反應造成 上縱膈腔變/較寬
6	異常・無關結核病	肺氣腫/肺泡擴大 橫隔不平整/上升 原發性/轉移性肺癌 心血管病變 非結核引起之雙側肋膜積水 其他

14

疾病管制署運用中華民國防療協會補助款 協助結核病經濟困難個案作業流程

一、前言

中華民國防療協會(下稱防療協會)自民國95年起每年透過疾病管制署(下稱本署)之協助,提供經費予經濟困難結核病個案急難救助。 為使作業方式制度化,避免影響民眾權益,故訂定此作業流程。

二、 適用對象:

於本署「結核病追蹤管理系統」登記確診且參加結核病直接觀察治療(都治,DOTS)計畫,經縣市衛生局評估有經濟困難之結核病病人; 不含已加入抗藥性結核病醫療照護體系之個

案。三、額度分配原則:

本署各區管制中心(以下稱區管中心)轄區之補助總額,以參考縣 市前一年加入直接觀察治療(都治,DOTS)且為中低/低收入戶結核病確 診個案之25歲以上64歲以下勞動力人口數、各縣市人口比例及社區資源 等因素,分配補助額度。

- (一)依經濟困難程度評分,以下級距補助為原則:
 - 1.20~24分者補助金額4,000~6,000元;
 - 2.25~29分者補助金額6,000~9,000元;
 - 3.30分以上者補助金額9,000元以上;
- (二)每名個案補助金額原則上限18,000元。

四、申請方式及辦理流程:

(一)由本署慢性傳染病組(以下稱慢性組)依上述分配原則分配各 區補助額度並通知區管制中心。

- (二)依經濟困難個案需求,於5個工作天內提出申請:地方政府衛生局評估轄內符合條件個案,公衛人員填寫經濟困難程度評分表(附件1),總分達20分(含)以上者,即可申請本項補助。符合資格者,由地方政府衛生局將個案之經濟困難程度評分表(附件1)及補助清冊(附件2),送區管中心審核。
- (三)區管中心接到轄區地方政府衛生局提報名單,5個工作天內依個 案狀況核定名單及補助金額,並將審核結果送地方政府衛生局。

五、 撥款及核銷:

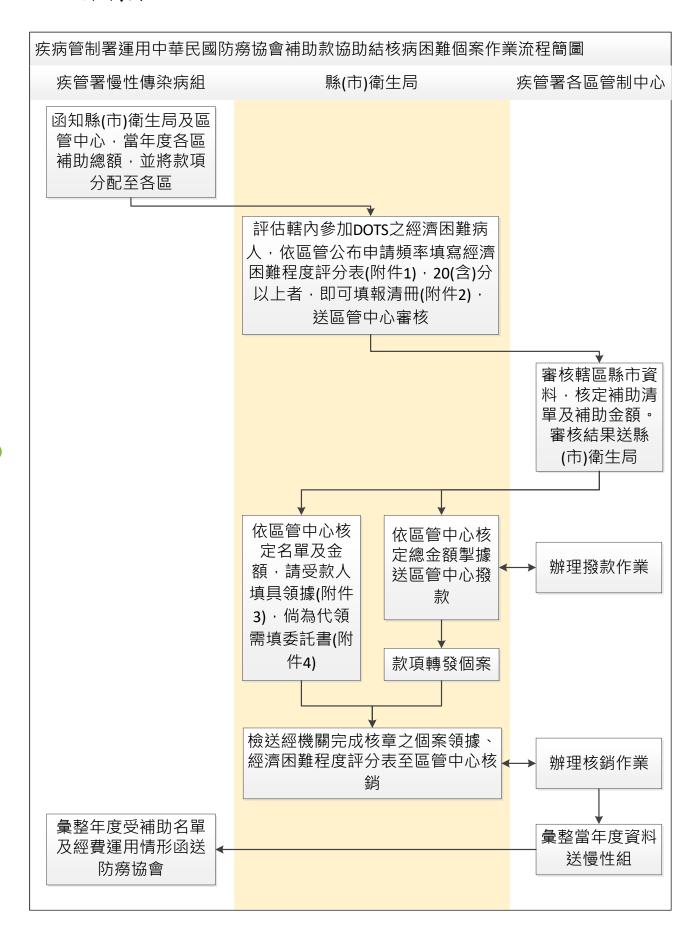
- (一) 地方政府衛生局依核定名單及金額,請受款人填具領據(附件
 - 3)。倘個案因特殊狀況,無法親自具領,可填寫委託書(附件4) 敘明原因,由親屬代為填寫領據,代領者須於領據簽章、敘明親屬 關係,並檢附戶口名簿影本等親屬關係佐證資料。
- (二)地方政府衛生局於取得上述資料後,依核定結果掣據並提供機關歷款帳號,併附經機關完成核章之個案領據(須註明『已列入所得登記』等字樣)、經濟困難程度評分表及相關原始憑證等完整資料,定期函送區管中心,區管中心於收到後10個工作天內完成撥款。

六、 備註事項:

- (一)地方政府衛生局轄內倘無經濟上需要協助之個案,則毋需提報 清冊。
- (二)對於生活陷入極度困境之個案,地方政府衛生局應儘速墊支補助予個案,再由區管中心撥補,以爭取時效;另,請視個案情況轉介予社政單位,以提供適當其他協助。

- (三) 名單核定後至個案收到補助款項之前,已完治之個案可予以補助,已排除或死亡個案則不予以補助。
- (四)各區補助金額以該區分配額度為最高補助金額,請各區管中心 於該額度內審慎分配。
- (五)區管中心於當年度12月15日前通知慢性組當年度核定名單及金額,慢性組於年度結束前,檢具受補助名單及經費運用情形函送防療協會。

七、流程簡圖:



結核病個案經濟困難程度評分表

	縣市:	個案姓名/身分證號:	/
--	-----	------------	---

項目	分數	得分
一、補助個案為弱勢族群家庭		
(請註明類別:,如:身心	5	
障礙、原住民、單親家庭及中低收入戶等)		
二、未領有其他社會補助者	5	
三、個案家戶中無穩定的經濟來源	5	
四、家戶中無工作能力人口數(以人數計分)	2/人	
五、特殊急難狀況		
1. 卢內人口死亡無力殮葬。	2	
2. 戶內人口遭受意外傷害或罹患重病,	2	
致生活陷入困境。	2	
3. 負家庭主要生計責任者無法工作致生	2	
活陷入困境。		
4. 財產或存款帳戶因遭強制執行、凍結		
或其他原因未能及時運用,致生活陷	2	
於困境。		
5. 已申請福利項目或保險給付,尚未核	2	
准期間生活陷於困境。	_	
6. 其他狀況(請註明):	2-5	
	2 3	
總分		

※總分達20分(含)以上者,始符合補助標準。

田 田 弁 縣市參加直接觀察治療(都治,DOTS)個案接受中華民國防療協會補助清冊

?	補助金額								
	經濟困難程度得分								
	受補助事實(請詳細填寫)								
\ \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	参 加都治日期								
	確診日期								
1	聯絡方式								
	身分證號碼								
\ \ \ \ \	户籍住址								
٨	故								
- - - - -	管理單位								
	編號	Н	2	3	4	2	9	7	∞
1	16	l				l	l		

附件2

14

附件3

黏 貼 憑 證 用 紙

傳票號碼													支	票號码	馬					
傳票 (付	款憑	(單)	編	號:													黏貼	單據		張
第	工化	乍()	計畫							月	月途別								
	金客	頁		1					1											
號	+	億	f	百	+	萬	1	百	+	元	月	月途摘要								
經辨單位		I		1	驗收	【或語	登明		1	1		主計室				機關-	長官			
			:	兹				共	計	- N7	Γς	國防꺩 5 ;	元			款				
	此		據																	
		姓	名:	•				簽	章											
		身	分言	登納	<u>.</u> —;	編號	į:													
		户,	籍坛	也址	<u>:</u> : _			_將	ŧ (市)			品、	鄉、	鎮			里	粦	;
			_		;	街_		段			巷	弄		號		樓				
				中	華	民	亘	図			دُ	年	月			日				

戶名:

□匯款帳號: 銀行 分行,帳號:

□立帳郵局: 郵局,局號(7碼): 帳號(7碼):

附件4

防治資源及診療諮詢小組(附錄)

委託書

本人(先生/女士),因	
	原因)_
無法親自具領「中華民國防癆協會協助結核病	經濟困難個案之
補助款」,故委託(關係:_)代為申
請具領。	
委託人:	
身分證字號:	
地址:	
受託人:	
身分證字號:	
地址:	

中華民國 年 月 日

14

針對結核病困難個案轉介抗藥性結核病醫療照護體系評估 未收案治療者之後續處理原則

壹、依據: 111.12.21版

依據結核病防治工作手冊第六章「結核病個案管理」之肆、特定結核病個案管理 重點之「困難個案」處理,針對結核病困難個案經轉介抗藥性結核病醫療照護體系 (下稱TMTC團隊)綜合性評估,未收案的個案,訂定本後續處理原則。

貳、治療困難個案問題分析:

- 一、健康信念偏差:不相信自己有病、對疾(結核)病或藥物有汙名、歧視或誤解、拒絕 都治或回診、服藥治療。
- 二、健康狀況不佳:目前國內超過 6 成結核病個案為 65 歲以上長者,常合併高血壓、腎臟病(洗腎)、酒癮、肝功能差(B 肝帶原、肝硬化)、COPD、臥床無行動能力或罹患癌症(也是因免疫力差,才導致結核病發作),或部分醫師考量個案年邁,加強期未開立 PZA 藥物以避免產生副作用,導致治療時間延長至 9 個月;個案治療期間如沒有副作用產生,大部分能順利完治,但治療時間延長或服藥產生嚴重副作用,加上診療醫師調整處方過程中如不順利,常導致中斷治療,部分個案甚至面臨生命盡頭(癌症末期...),病人及家屬認為停(不用)藥可提升生活品質。
- 三、診斷疑義:結核病個案發病初期不一定有不適症狀,部分個案因健康檢查或其他疾病(因素),外科手術切除後病灶送病理檢查,切片報告組織學有 Granulomatous inflammation、Necrotizing granulomatous inflammation、Caseous necrosis、Langhan's (multinucleated) giant cells 或 epithelioid cells …等字眼通報疑似結核病,諮詢委員綜合性評估而確立診斷,或外科未進行病理組織結核菌細菌學檢查,或組織 AFS 陽性但後續培養為 NTM 或陰性,諮詢委員為求謹慎未予排除診斷,而建議給予 6-9 個月完整的抗結核藥物治療;治療過程如不順利,個案或診療醫師偶會因無細菌學(MTB)證據而中斷治療。
- 四、完治疑義:治療過程中未及時發現處方種類不足(加強期需 4 種藥,持續期 2-3 種)、 天數(180-270 天)或劑量(過低)等不符結核病診治指引。

參、避免個案治療中斷重點提醒:

- 一、確定診斷:每位個案都要儘可能取得如有疑義,避免用藥發生嚴重副作用後,產生治療必要性之疑義。對於痰無細菌學證據,或檢體只有一套 MTB,或僅有分子診斷但傳統培養不出結核菌等情形,經診治醫師或公衛管理人員評估對於診斷有疑義者,應提送縣市諮詢會議,必要時啟動「實驗室檢驗報告異常案件調查」作業。
- 二、加強衛教:讓個案瞭解疾病、治療的重要性、加入都治的好處、藥物可能產生的副作 用及處理方式。結核病治療期間,個案之共病(如糖尿病)控制不佳、酗酒、不規則

(中斷)服藥等情形,皆可能影響治療效果,致陽轉具有傳染性,造成疾病傳染給周遭親友或產生抗藥性,使疾病更難治療或導致死亡。

- 三、落實加強期 4 種藥物合併使用:由於國內初查痰 INH 抗藥有 7-10%比例,且結核病 初期菌量較多,故治療須合併使用 4 種(HERZ)藥物,以迅速殺菌減少疾病嚴重度 及傳播,避免日後復發及產生抗藥性,初查痰塗片(Smear)陰性個案,加強期 4 種 藥物都確實使用,且治療後 CXR 及臨床症狀改善或無惡化,倘後續如發生治療中斷,或許可考慮縮短治療療程。
- 四、及時處理:管理過程中確實核對個案體重、結核病治療藥物種類、劑量、天數等符合標準處方及監測服藥情形,如有服藥順從性不佳或產生藥物副作用等情形應立即處理,可利用調查表或邀請委員訪視瞭解狀況,以提供實際解決之道。中斷治療超過 2 個月的個案如重啟治療(失落再治),應進行 CXR、驗痰及 NAA,或治療過程如有惡化或改善不佳等情形,可以送縣市諮詢會議依委員建議送 NAA,再依藥敏情形決定治療處方。
- 五、病審討論:診療疑義個案可透過縣市級診療諮詢小組尋求委員建議,建議邀請原診治或共病照護醫師,一同參與討論,提供諮詢委員與原照護醫師更有效之溝通模式,提供個案整合性照護(Integrated care),兒童個案應邀請兒科相關科別醫師擔任諮詢委員。且為提升審查品質,每場次諮詢會議不宜安排太多個案討論,亦可採線上方式進行,以提升醫師可參與之可近性。
- 六、早期轉介:如原結核病診治醫師對於治療困難個案或停(調)藥缺乏經驗,請及早/ 適時轉介到 TMTC 團隊早期介入處理,避免個案試(調)藥過程中不順利或產生嚴重 副作用後放棄(不願意再)治療;此時介入處理/溝通要很有技巧,須說明轉介到團 隊治療政策之良善用意,避免產生醫病或公衛與個案間關係之誤解,導致後續更難合 作與管理。

肆、針對轉介 TMTC 團隊評估未收案治療者之後續處置原則:

無陰轉證據(具傳染力)個案,經公衛轉介TMTC團隊治療評估,評估結果同意收案治療者,即完成 TMTC 團隊收案治療程序;倘個案有治療需求但拒絕治療者,必要時公衛可採取隔離治療行政處分,收案治療期間如有治療疑義,循既有機制由TMTC團隊提送疾管署召開之「抗藥性結核病醫療照護體系檢討暨困難治療個案討論會」審查。餘未納團隊治療者,依以下情況處理:

一、無細菌學證據且病灶完整切除之個案:經TMTC團隊審視發病部位、初查痰細菌學檢查結果(菌量)、藥敏(DST)、藥物使用種類、共病、陰轉時間、CXR有無開洞/改善情形等,倘評估判斷個案為「已完整切除肺部病灶併痰S(-)且C(-)之肺結核個案,或完整切除肺外病灶,且前述經切除之肺部或肺外病灶組織 NAA 及培養 MTB 皆為陰性」,得依TMTC評估結果,逕行判定銷案種類,無須再追蹤管理。

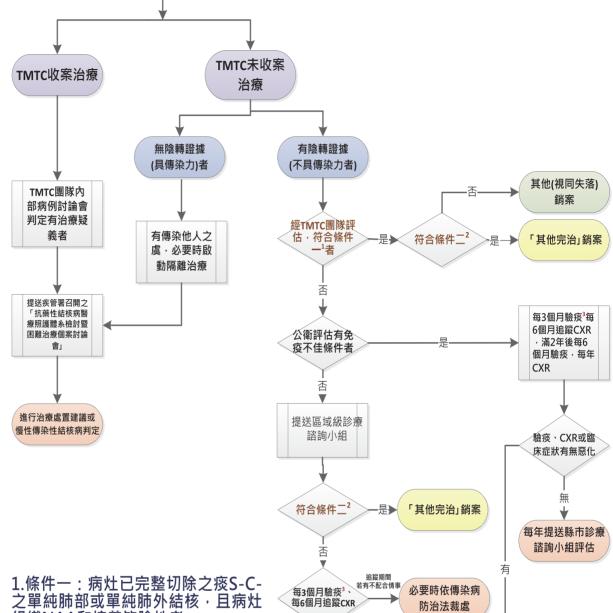
- (一)完成「加強期 2 個月 4 種藥物及持續期 2 個月 2 種藥物治療」或「加強期 2 個月 4 種藥物,及>80%應治療藥物」條件,且無惡化情形者,以「其他完治」銷案。
- (二)不符前項「其他完治」條件者,以「其他(視同失落)」銷案。

二、有陰轉證據(不具傳染力)之個案:

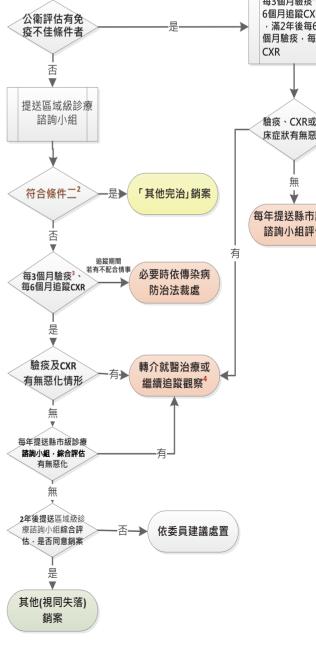
- (一) 合併 HIV 感染、有糖尿病控制不佳或免疫缺失等共病之個案,經公衛評估個案符合前述併有免疫不佳之共病條件,雖目前無傳染性,倘陽轉將造成疾病傳播及產生抗藥性,爰得逕行判定,採行每 3 個月驗痰、每 6 個月追蹤 CXR(滿 2 年後,改以每 6 個月驗痰,每年追蹤 CXR);單純肺外個案則依 CXR 追蹤時程進行臨床追蹤,且每年送「縣市級診療諮詢小組」評估是否惡化(驗痰、CXR 或臨床症狀等情形),有無重啟治療之需;重啟治療者,則回歸一般個案管理原則,辦理追蹤及銷案等相關事宜。
- (二)無前項免疫不佳條件之個案,提送區管中心辦理之「區域級診療諮詢小組」,綜 合性判定後續追蹤管理原則:
 - 1. 符合以下條件者,得以「其他完治」銷案。
 - (1) 初查痰 S(-)且 C(-)肺結核或單純肺外(排除中樞神經或骨結核等複雜性肺外結核),併已接受至少加強期 2個月(56天)4種藥物(HREZ)及持續期 2個月 2種藥物(HR)治療個案,且無惡化情形。
 - (2) 初查痰 S(-) 肺結核,已完成加強期 2 個月(56 天)4 種藥物 HREZ,及 >80%應治療藥物之個案,且無惡化情形。
 - (3) 未符合前項條件者,考量個案目前無傳染性,倘抗結核藥物斷斷續續使用,或調整藥物過程中用藥種類或藥物劑量不足,比停止(未)用藥更容易產生抗藥性,採每3個月驗痰、每6個月CXR追蹤管理2年(單純肺外個案則以每6個月臨床追蹤為主),期間每年送「縣市級診療諮詢小組」評估是否惡化,有無重啟治療之需;直至追蹤期滿後,再提送「區域級診療諮詢小組」,追蹤無治療之必要性者,得以「其他(視同失落)」銷案。
- (三) 公衛管理人員辦理個案停藥追蹤觀察期間之驗痰及 CXR 檢查時間應依期程辦理, 目視取痰以提升檢體品質,倘檢查時間延遲,下次檢查時間應順延(例如隔3個月 或6個月),倘痰液有陽轉,或 CXR 有惡化等情形,應轉介醫療機構重啟治療, 並視需要評估隔離治療行政處分;倘個案拒絕檢查,必要時依傳染病防治法裁處。
- 伍、本處理原則,將依國際短程新處方、國內外文獻或指引適時檢討修正。

結核病困難個案轉介TMTC團隊評估未收案治療者處理流程

結核病困難個案經縣市診療諮詢小組建議轉介TMTC團隊評估者



- 組織NAA和培養皆陰性者
- 2.條件二:經綜合評估無惡化
- (1)初查痰S-C-肺結核或單純肺外(排 除中樞神經或骨結核等複雜性),且已 完成加強期至少2個月4種藥物及持續 期2個月2種藥物治療
- (2)初查痰S-肺結核,已完成加強期2 個月4種藥物,及>80%應治療藥物
- 3:驗痰及CXR請依3個月或6個月間 距辦理,並應目視取痰(避免口水), 提升檢體品質,肺外結核以臨床追蹤 為主
- 4:個案得依治療情形辦理銷案作業



結核病診療諮詢小組病例討論建議暨診療醫師回復單

於年月日經 貴院診療建議如下,請	分字號:
生局 (FAX:0)	
送討論原因/補充說明	討論結果
	A suit and a state of the state
1.診斷疑義	□1.排除結核病 □2.確定結核病
□ 2.治療疑義	□3.等痰報告或其他檢查下次再審 □4.確定因TB死亡
□3.個案完治疑義	□5.確定非因TB死亡 □6.MDR初次治療
	□7.失敗再治 □8.繼續治療 □9.認定病情需延長住院
□5.申請公費藥	□10.不同意公費藥申請 □11.同意公費藥申請
□6.隔離治療	□12.同意強制隔離 □13.解除隔離治療
□7.其他原因說	□14.用藥種類增修 □15.用藥劑量增修 □16.可停止抗結核治療
明:	□ 17.同意開案□ 18.不同意開案□ 19.建議轉介TMTC團隊評估
★ 吕 → L → 从 立 日 ·	
委員討論意見:	
諮詢委員簽	
名:聯絡人:	雪针:
原診療醫師回復意見	•
	員意見,並據以診治病人。
	委員意見,不同意之理由請詳述填
寫: 原診治醫師簽名:	

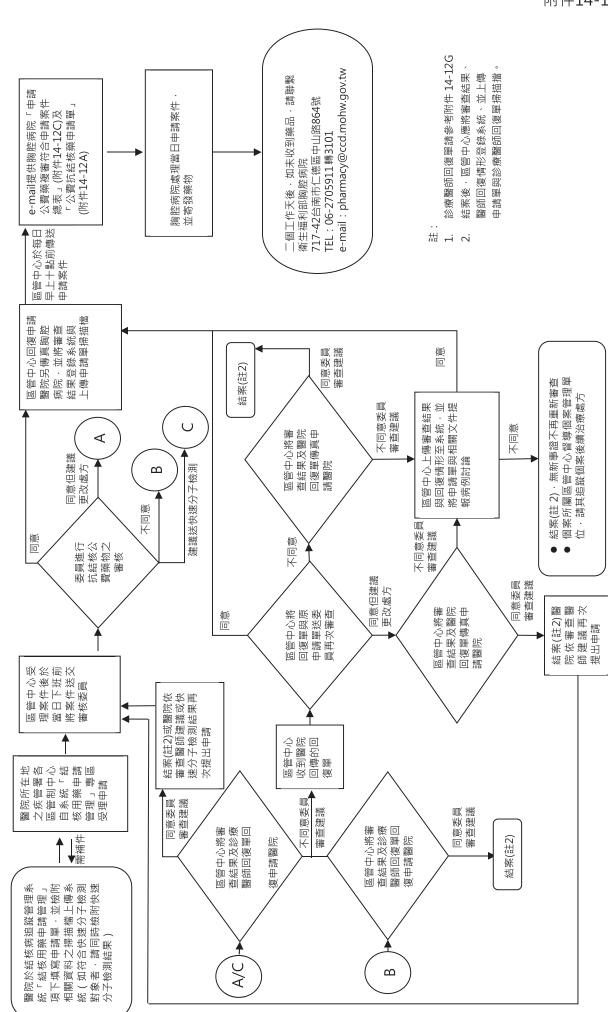
防治資源及診療諮詢小組 (附錄)

結核病診療諮詢小組困難個案面訪回復單

縣市:			訪視日期:	
個案姓名:	身分證	號:	出生日:	
面訪原因:				
□1.無病識感	□2.副作用 [□3.服藥順從性不佳	□4.其他	
詳述個案情形:	(請衛生所填寫)			

委員訪視情形及建議: (請委員填寫)

委員簽名:



請抗結核公費藥流程

1

脚

衛生福利部疾病管制

衛生福利部疾	病管	制署抗結构	亥公費藥	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	明: 開始使用公費藥日期: (加入DOTS □有□ 無)					
個案姓名: 出生年月日 身分證字號:						
體重:kg (健保 有□ 無□))]案管理單位:	-			
藥品名稱	單位		用法	天數	總量	
Prothionamide 250mg	錠					
Levofloxacin 750mg/500mg/100mg (請圈選)	錠					
Moxifloxacin 400mg	錠					
Cycloserine 250mg	膠囊					
Kanamycin 1gm (KM)	瓶					
Streptomycin 1gm (SM)	瓶					
Amikacin 500mg	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)[□非名:	重台磁性但右首	仙台 蘇			
□			心化来			
□施打卡介苗產生不良反應	肥小 庄			_		
□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	至,請格		5人同意書	(監護人代)	即可一次申請足	
量,故無須填寫此欄;但若病人中斷行						
不良反應使用本藥物者,雖非疾管署	列管個:	案,仍應每月回	診,每次最	多給1個月藥	量,以維持用藥	
安全。						
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),請至少年	每個月為病人.	看診一次。	
□經審查醫師建議後再次提出申詢	• -					
2. 自主檢核是否依照申請方式檢附所			,			
□初次申請:□詳附醫院病歷摘要	` . –			吉果□藥物感	受性試驗結果	
(註明檢查醫院□有		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1 古 2 1 以 本 4 1	ਬ	
│ □再次申請(由同一醫師審核):[固案服樂情形□5 会附治療卡	E1C檢驗[_]X	台寮後驗淡結	未	
	」写月↑	双川口原下				
審核建議:						
□同意,依原申請資料給藥。	子业工 -	刘旦上以古叶四:	· 一·			
□同意申請,但請再增加或修正藥物和 □□T目音处藥,詳細說明:	理類 ` 7	削重	ロト・			
□不同意給藥,詳細說明:						

聯絡電話:

____管制中心傳真:

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	
Prothionamide 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	
Streptomycin 1gm (IM)	15-20 mg/kg (1 gm)					
Kanamycin 1gm (IM)		15-20 mg/kg (1 gm)				
Cycloserine 250mg	10-15 mg/kg (1 gm)	1# (bid) 或 1# (tid)	1# (bid) 或 1# (tid)	60-90#	500#/瓶	
Amikacin 500gm	15-20 mg/kg (1 gm)					

註:本公費藥僅供應TMTC團隊醫院及加入都治計畫病人使用。

兒童複方可溶錠RHZ及RH建議劑量及用法

藥品	劑量(kg)							
У, па	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			
RH 75/50mg	111 (140)	211 (100)	311 (140)	()	量開立處方			

使用注意事項:

- 1. 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。
- 2. 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

藝物性肝炎小量漸進式給藥試驗流程

及沙汉际的处土力况			来10年月天小星用足20年末时成/元年					
日期(天)	藥物	劑量	日期(天)	藥物	劑量	肝功能檢測a		
0	-	-	0	-	-	+		
1	INH	50mg/day	1	INH	100mg/day			
2	INH	100mg/day	2	INH	200mg/day			
3	INH	full dose	3~5	INH	full dose	+		
4	+RMP	150mg/day	6	+RMP	150mg/day			
5	+RMP	300mg/day	7	+RMP	300mg/day			
6	+RMP	full dose	8~10	+RMP	full dose	+		
7	+EMB	200mg/day	11	+PZA	250mg/day			
8	+EMB	400mg/day	12	+PZA	500mg/day			
9	+EMB	full dose	13	+PZA	full dose	+		
10	+PZA	250mg/day	a:包含 ALT,AST	「,以及 total bilir	rubin。逐一加藥自	的過程中,可以		
11	+PZA	500mg/day	同時使用足夠劑 若		併右	为 地 重 新 体 用 上		
12	+PZA	full dose	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。					

附

一、基本資料 個 涯

固案姓名	:	總編號:
通報院所	:	通報日期

1	圝	酋	Бվի	•

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			

病 歷 摘 要 (範本)

三、結核病用藥史(一線藥)

四、二線抗結核免費用藥使用情形

(一) 二線抗結核免費用藥使用原因及日期

□藥物副作用 ➡	診斷日期	\Rightarrow	開始使用二線藥日期
□多重抗藥性⇨	診斷日期	\Rightarrow	開始使用二線藥日期

(二) 二線抗結核免費用藥使用種類、劑量及次數

藥 物	日	期	劑量	次數
Prothionamide			250mg	
Levofloxacin			100mg	
Levofloxacin			500mg	
Levofloxacin			750mg	
Moxifloxacin			400mg	
Cycloserine			250mg	

藥 物	日	期	劑量	次數
Kanamycin			1gm	
Streptomycin			1gm	
Amikacin			500mg	

五、藥物敏感試驗

日期			
檢驗單位			
	INH : S/R		
	EMB: S/R		
	RIF: S/R		
藥物敏感試驗	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、快速分子檢驗

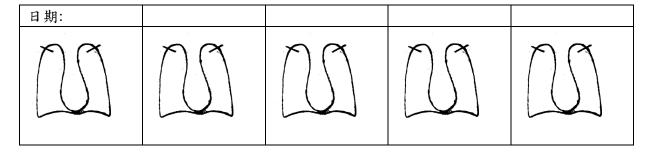
範例

Test Report											
Sample II Test Type Sample T	e:										
Assay Inf	ormation										
Assay				Assay Version	Assay Type						
Xpert MTB-	RIF Assay G	1		5	In Vitro Diagnostic						
Test Result: MTB DETECTED VERY LOW; Rif Resistance DETECTED											
Analyte R	Result										
Analyte R Analyte Name	Result Ct	EndPt	Analyte Result	Probe Check Result							
Analyte		EndPt									
Analyte Name	Ct		Result	Check Result							
Analyte Name Probe D	Ct 30.3	163	Result	Check Result PASS							
Analyte Name Probe D Probe C	Ct 30.3 29.6	163 153	POS POS	Check Result PASS PASS							
Analyte Name Probe D Probe C Probe E	30.3 29.6 34.8	163 153 55	POS POS POS	Check Result PASS PASS PASS							
Analyte Name Probe D Probe C Probe E Probe B	30.3 29.6 34.8 29.3	163 153 55	POS POS POS POS	Check Result PASS PASS PASS PASS							
Analyte Name Probe D Probe C Probe E Probe B SPC	30.3 29.6 34.8 29.3 23.4	163 153 55 144 228	POS POS POS POS NA	Check Result PASS PASS PASS PASS PASS PASS							

九、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			

十、CXR的治療結果 (至少每三個月檢查一次)



十一、病程摘要

	+	=	`	歷	坎	CXR
--	---	---	---	---	---	-----

檢查	至日期:	
貼上	CXR	

十二、結核病個案治療紀錄卡

姓名: 病歷號碼:	身分證	全字號:		出生日	期:	年,	月日	T	,	T		•
日期												
藥物種類劑量/用藥天數												
INH												
EMB 400mg												
RMP												
PZA 500mg												
TBN 250mg												
CS 250mg												
LFX_mg/MFX 400mg												
KM 1gm/SM 1gm/AM500mg												
日期												
體重												
X光												
抹片												
培養												
ID/ST												
日期												
V/A												
AC sugar												
PC sugar												
GOT												
GPT												
T-bil												
BUN												
Cr												
UA												
WBC (×10 ³)												
RBC (×10 ⁶)												
Hb												
Plat ($\times 10^3$)												
備註:	<u> </u>		1			•	•	•	•	•	•	•

	備註														
表	收件人連絡電話														
合申請案件 總	收件人														
管制中心申請公費藥複審符合申請案件總表	收件住址														
唱	申請醫院														
	個案姓名														
	編號	 2	3	4	2	9	2	8	6	10	11	12	13	14	15

一、備註:符合申請案件如附件之公費藥申請單

傳真日期

寄送日期: (胸腔病院寫)

二、區管中心承辦人:

三、聯絡電話:

診斷 (MDR:1 副作用:2 其他:3) 各 配 制 中 心 75/50mg RH75/50/15 0mg RHZ 月份抗結核公費藥使用紀錄表 Water 10ml500mg AMK 1gm SM $\overline{K}M$ 1gm 250mg $^{\rm CS}$ 400mg MFX | | | | 750mg LFX 關系 500mg LFX 100mg LFX TBN 250mg 身份證 終計 姓名 申請醫院 有無健保 名個案 灾 # Ш 田

月抗結核公費藥月報表

卅

4	
防	
台	
資	
原	
及	
診	
寮	
咨	
詢	
ľ۱	
出	

		-			(單位:錠/支)
出緣	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					
Levofloxacin (LFX) 100mg					
Levofloxacin (LFX) 500mg					
Levofloxacin (LFX) 750mg					
Moxifloxacin (MFX) 400mg					
Cycloserine (CS) 250mg					
Kanamycin (KM) 1gm					
Streptomycim (SM) 1gm					
Amikacin (AM) 500mg					
Water for Inj 10ml注射用水					
RHZ 75/50/150mg					
RH 75/50mg					

收件人聯絡電話:

收件人:

14

衛生福利部疾病管制署申請公費抗結核藥簽收單

醫院名稱:

: 第日

滐	廢函	包栽	北號	有效期	凝画	備註
Prothionamide (TBN) 250mg						
Levofloxacin (LFX) 100mg						
Levofloxacin (LFX) 500mg						
Levofloxacin (LFX) 750mg						
Moxifloxacin (MFX) 400mg						
Cycloserine (CS) 250mg						
Kanamycin (KM) 1gm						
Streptomycim (SM) 1gm						
Amikacin (AM) 500mg						
Water for Inj 10ml注射用水						
RHZ 75/50/150mg						
RH 75/50mg						
,			,			

簽收人員:

簽收日期:

備註:收到藥後,請將此表簽收後,e-mail至pharmacy@ccd.mohw.gov.tw,俾利核銷

防治資源及診療諮詢小組 (附錄)

抗結核公費藥診療醫師回復單

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	委員討論相關申請檢 №	寸資料後,提供貴院
診療建議如下,言	青參酌,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。			
2. □同意申請,但	申請再增加或修正藥物	種類、劑量或治療時間	引如附件。
3. □不同意給藥,	詳細如附件。		
4. □建議送快速分	子檢測。		
聯絡人:	電話:		
原診療醫師回復	美見 :		
1 2 771 - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	洵 委員意見,並據以診	治病人。	
□不同意上開	諮詢委員意見,不同意	之理由請詳述:	
	:	月日	
聯絡電話:			

14

疾病管制署抗結核公費藥申請須知

一、可提供一般/LMIC團隊醫院申請的藥物 (*為專案進	申請的藥物 (*為專	案進口藥品	5,不適	用藥害救濟法	,應先請個	口藥品,不適用藥害救濟法,應先請個案簽署使用同意書	(華)
(一) Levofloxacin 750/500/100mg、moxifloxacin 400mg、Streptomycin 1gm、cycloserine 250mg、amikacin 500mg、kanamycin 1gm* prothionamide 250mg* (備註1))mg、moxifloxacin 4(備註1)	00mg、Str	eptomyc	in 1gm · cyclo	serine 250m	ıg 🕆 amikacin 5	00mg · kanamycin 1gm* ·
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫	否納入 計畫	受理申請單位	軍位	都治種類	備註
		毗	Кa	TMTC團隊	海海県 乗る 四部 中 いっぱん		
1. 抗藥性結核病個案	TMTC 寓隊醫院	Λ		Λ		V (DOTS- plus)	 prothionamide 250mg一般醫院限18歲以下兒童結核病申請佈用。
2.一線藥治療效果不良或副作用等非抗藥性結核病個案			Λ	Λ		V (備註2)	2. 無論是否納入TMTC計畫之 MDR/RR-TB 等抗藥個
3.其他	一般醫院				V	V (精註2)	案 ,務 必 執 行 DOTS-plns,其餘一般結核病個案使用本公費藥者,皆需加入都治計畫。
BCG不良反應者	一般/TMTC團隊 醫院	不需納入	人於		Λ	不需執行	應每月回診,最多每次開立]個月藥量,以維護用藥安全。
(=) RHZ 75/50/150 mg/tab* · RH 75/50 mg/tab*	RH 75/50 mg/tab*						
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC團隊	5約入 團隊	受理申請單位	青單位	都治種類	備註
1. 體重未満 25kg 之 (1)兒童結核病個案 ODEC5エロビ雁士	一般/TMTC團隊 醫院	不需然入	₹ K	疾病管制署各區等中心	第 心	V (備註1、2)	1. 結核病個案使用本公費藥者皆需加入都治計畫。 2. BCG不良反應排除鐵案
(z)boot KX%。 2. 無法整粒吞服藥物之結核 病個案							俊,则不須都治,惟攸用◆藥物者,應每月回診,最多 每 次 開 立 1 個 月 藥 量,以維護用藥安全。

疾病管制署抗結核公費藥申請須知

了。RTWTC国际题的由结份越外(**为直安准口避记	1 (米效直安淮口河	~	罗阿省加	疾病官 刺者机結核公 j 架 中 弱須知 ,不谙用	天狗 官 刺看 机结核公 貞 架 中 萌 須 却 ,不谙用 蓋 全 對 源 よ , 雇 朱 善 個 安 签 睪 佑 田 同 音 圭	
(一) PAS 4 g*、terizidone 250 mg*、clofazimine 100 mg*、bedaquiline 100mg(備註1	mg* · clofazimir	$\overline{}$	bedaqui	A 100mg (備記 Jine 100mg (備記)	**************************************	
申請原因	診治醫院	個案是 TMT(個案是否納入 TMTC計畫	受理申請單位	都治種類	備註
		是	各			
1.抗藥性結核病個案		>			V (DOTS-plus)	 bedaquiline 100mg,限納入TMTC 計畫之個案申請。
2.一線藥治療效果不良或副作用等非抗藥性結核個案	TMTC 團隊醫院		>	TMTC專家	V (精註2)	 無論是否納入TMTC計畫 之MDR/RR-TB等抗藥個案,務 必執行DOTS-plus,其餘一般結
3. 其仓						核病個案使用本公費藥者,皆需加入都治計畫。
$(=)$ Bedaquiline 20mg \cdot delamanid 50mg* \cdot pretomanid 200 mg *	nanid 50mg* · pr	etomanid 2	00 mg * .	、BPaL處方		
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫	g案是否納入 TMTC計畫	受理申請單位	都治種類	備註
		是	不			
1.MDR-TB 、RR-TB 、preXDR- TB、XDR-TB 2.其他(如嚴重副作用等)	TMTC 團隊醫院	>		疾病管制署慢性傳染病組	V (DOTS-plus)	1.本項公費藥,限納入TMTC團隊之個案申請。 2.申請方式:醫院事先填具疾病管制署抗結核公費藥申請單,以書面申請(免備文)。

疾病管制署抗結核公費藥申請須知

inezolid 600mg \cdot meropenem 1000mg	00mg					
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫	是否納入 ITC計畫	受理申請單位	都治種類	備註
		声	柘			
.抗藥性結核病個案.其他(如嚴重副作用)	TMTC 粵隊醫院	>		TMTC專隊	V (DOTS-plus) 2.申請 機串	1.本項公費藥,限納入TMTC計畫之個案申請。 2.申請方式:依團隊處方審查機制通過後使用,於每年年底正式函交請款(如附經費
						申請表)。

補充說明:

7

3

4.

- Fluoroquinolone、clofazimine、bedaquiline 及使用 BPaL 處方組合,用藥期間可能發生 QTc 間期延長、心律不整等嚴重不良反應 針對持續使用前揭藥品之個案,請TMTC團隊至少每個月追蹤一次心電圖直到停藥為止
- Aminoglycoside 類藥物可能造成耳毒性,用藥期間若未進行聽力評估,容易低估聽力損傷情形,甚至可能造成永久性聽力損 傷。若個案持續使用該藥物,請至少每個月追蹤一次聽力檢查直到停藥為止。
- 藥品有 檢測 汇 Ш 度 為保障抗藥性結核病個案用藥之有效性及安全性,TMTC 團隊應掌握結核病個案之抗結核藥物血中濃 kanamycin、levofloxacin、moxifloxacin、cycloserine、linezolid 等品項。
- 為落實藥物安全主動監測,請務必依用藥種類量測用藥前基礎值及定期執行用藥期間之血液生化檢驗、每月心電圖或聽力檢 查等,以及抗結核藥物血中濃度檢測,並將資料登打至結核病追蹤管理系統。