

# 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) 112年03月

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： \_\_\_\_\_ 病歷號： \_\_\_\_\_  
 體重： \_\_\_\_\_ kg (健保有  無 ) 申請 TMTc 團隊： \_\_\_\_\_ 區照護團隊 \_\_\_\_\_

藥品名稱	單位	單次劑量	每日頻率	用法(服藥途徑)	申請天數	總量顆數
Prothionamide(TBN) 250mg	錠			口服		
PAS 4gm	包			口服		
Levofloxacin 750mg/500mg/100mg(圈選)	錠			口服		
Moxifloxacin 400mg (MFX)	錠			口服		
Cycloserine 250mg (CS)	膠囊			口服		
Streptomycin 1gm (SM)	瓶			IV/IM		
Amikacin 500mg (AMK)	瓶			IV/IM		
Kanamycin 1gm (KM)	瓶			IV/IM		
Terizidone 250mg (TRD)	膠囊			口服		
Clofazimine 100mg (CFZ)	膠囊			口服		
Bedaquiline 100mg (BDQ)	錠			口服		
Bedaquiline 20mg (BDQ)	錠			口服		
Delamanid 50mg (DLM)	錠			口服		
Pretomanid 200mg (Pa)	錠			口服		
RHZ 75/50/150 mg (愛兒肺平-3)	錠			口服		
RH 75/50 mg (兒立服-2)	錠			口服		

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： 皮膚過敏  肝功能不佳  其他 \_\_\_\_\_  
 接種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。BCG 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，以維護病人用藥安全。

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 \_\_\_\_\_ 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  
 每月治療紀錄卡

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、劑量或治療時間如後：  
 不同意給藥，詳細說明：  
 建議送快速分子檢測。

審查醫師簽名： \_\_\_\_\_

審查日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 區 TMTc 照護團隊

傳真：

聯絡電話：

## 公費藥建議劑量及用法

藥品	每日劑量	每日最大劑量	包裝
Prothionamide 250mg	15-20 mg/kg (BID 或 TID)	1000 mg	100 錠/瓶
PAS 4gm	150mg/kg (BID 或 TID)	12gm	25 包/盒
Levofloxacin 750mg/500mg/100mg	7.5-10mg/kg (QD)	1000 mg	100 錠/盒、500 錠/盒
Moxifloxacin 400mg	400mg (QD)	400mg	30 錠/盒
Streptomycin 1gm (IM)	15-20 mg/kg (QD)	1000 mg	10 瓶/盒
Kanamycin 1gm(IM)	15-20 mg/kg (QD)	1000 mg	10 瓶/盒
Amikacin 500gm	15-20 mg/kg (QD)	1000 mg	10 瓶/盒
Cycloserine 250mg	10-15 mg/kg (BID 或 TID)	1000 mg	100 錠/瓶
Terizidone 250mg	15-20mg/kg (BID 或 TID)	1000 mg	50 錠/盒
Clofazimine 100mg	100mg (QD)	100mg	100 錠/瓶
Bedaquiline 20mg/100mg	體重 15-30kg 第 1-2 週:200mg (QD)；第 3-24 週:100 mg (TIW)；體重 30kg 以上兒童或成人第 1-2 週:400 mg (QD)；第 3-24 週:200 mg (TIW)	-	60 錠/瓶、188 錠/瓶
Delamanid 50mg	100mg (BID)，持續 24 週	200mg	48 錠/盒
Pretomanid 200mg	200 mg (QD)，持續 26 週	200mg	26 錠/瓶

註：本公費藥僅供應 TMTC 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 錠(tab)	2 錠(tab)	3 錠(tab)	4 錠(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	full dose
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 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

## 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、病程摘要

## 四、結核病用藥史(一、二線藥)、痰塗片及培養結果、血液生化檢查結果

請填列於結核病個案治療紀錄卡

## 五、快速分子檢測結果(請貼實驗室原始報告)

範例

Test Report				
Sample ID:				
Test Type:				
Sample Type:				
Assay Information				
Assay	Assay Version	Assay Type		
Xpert MTB-RIF Assay G4	5	In Vitro Diagnostic		
Test Result: <b>MTB DETECTED VERY LOW; Rif Resistance DETECTED</b>				
Analyte Result				
Analyte Name	Ct	EndPt	Analyte Result	Probe Check Result
Probe D	30.3	163	POS	PASS
Probe C	29.6	153	POS	PASS
Probe E	34.8	55	POS	PASS
Probe B	29.3	144	POS	PASS
SPC	23.4	228	NA	PASS
Probe A	30.2	102	POS	PASS
QC-1	0.0	0	NEG	PASS
QC-2	0.0	0	NEG	PASS

## 六、藥物感受性試驗

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				

七、歷次 CXR/CT/EKG/聽力/抗結核藥物血中濃度檢查結果

CXR 檢查日期及結果：

CT 檢查日期及結果：

EKG 檢查日期及結果：

聽力檢查日期及結果：

藥物血中濃度檢查日期及結果：

### 八、結核病個案治療紀錄卡

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														
TBN 250mg														
LFX ___mg/MFX 400mg														
KM 1gm/SM 1gm/AM 500mg														
CS 250mg														
TRD 250mg														
CFZ100mg														
BDQ 20mg/100mg														
DLM 50mg														
Pa 200mg														
LZD 600mg														
日期														
體重														
X光														
抹片														
培養														
ID/DST														
日期														
VA L/R														
AC sugar														
PC sugar														
GOT														
GPT														
T-bil														
BUN														
Cr														
UA														
WBC ( $\times 10^3$ )														
RBC ( $\times 10^3$ )														
Hb														
Plat ( $\times 10^3$ )														
副作用/其他說明：														