

全民健康保險藥品給付規定

中央健康保險局

中央健康保險局

九十六年七月

全民健康保險藥品給付規定改版緒言

(八十八年改版)

八十四年全民健保開辦伊始，本局即成立藥事小組，其主要功能概為：健保新藥收載與藥價之制定；訂定保險藥品使用規範；審查為保險給付為目的之研究報告；保險藥品處方之品管；健康保險相關之藥品教育訓練等。此一功能小組延攬長期參與醫療保險實務之專家學者多人，無論就新藥收載、藥價之核定，乃至訂定藥品使用規範，均秉持獨立、客觀、公平、證基(evidence-based)與務實之考量謹慎將事，以期保障病患健康，導引合理用藥，並提供審查給付之依據。

歷年來，藥事小組本諸遵循學理；考量病患福祉；尊重專家意見之原則，審慎研訂並賡續修訂各項規範（後易名為「藥品給付規定」），務期「明確、務實、可行」。然則疾病種類龐雜，藥品類別、品項眾多，重以醫療費用丕增，企求平衡個別病患與社會之需要自有限資源粹取最大價值，兼顧專業自主(professional autonomy)與經營體之有效運行，洵屬不易。

本年度藥品給付規定改版，仍依通則、臨床慣用治療藥品分類、附表、索引編列，並註明各項規定增(修)定異動日期，俾利參閱。是冊之修編與付梓承藥事小組全體同仁協力，眾多專家之投注與貢獻，謹此申謝。如有未盡周延之處，尚祈各界方家指教。

中央健康保險局謹識

目 錄

全民健康保險藥品給付規定通則	1
第 1 章 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system	4
1.1. 疼痛解除劑 Drugs used for pain relief	4
1.2. 精神治療劑 Psychotherapeutic drugs	5
1.3. 神經藥物 Neurologic drugs	6
1.4. 麻醉劑 Drugs used in anesthesia	10
1.5. Parasympathomimetic (Cholinergic) Agents	10
1.6. 其他 Miscellaneous	12
第 2 章 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs	17
2.1. 抗血小板製劑 Antiplatelet agents	17
2.2. 血管擴張劑 Vasodilators	18
2.3. 血管收縮劑 Vasoconstrictors	19
2.4. 泌尿道疾患治療藥物 Agents used to treat urological disorders	19
2.5. 血栓溶解劑 Thrombolytic drugs	20
2.6. 降血脂藥物 Drugs used for dyslipidemia	23
2.7. 乙型擬交感神經阻斷劑 Beta blocking agents	23
2.8. 其他 Miscellaneous	23
第 3 章 代謝及營養劑 Metabolic & nutrient agents	25
3.1. 靜脈營養輸液 Parenteral nutritions	25
3.2. 維生素 Vitamins	25
3.3. 其他 Miscellaneous	25
第 4 章 血液治療藥物 Hematological drugs	29
4.1. 造血功能治療藥物 Hematopoietic agents	29
4.2. 血液代用製劑及血液成分製劑 Blood substituents and blood components	30
4.3. 其他	33

第 5 章 激素及影響內分泌機轉藥物	
Hormones & drugs affecting hormonal mechanism -----	34
5.1. 口服降血糖劑 Oral hypoglycemic drugs -----	34
5.2. 雄性激素類製劑與同化作用類固醇及其拮抗劑	
Androgens and anabolic steroids and antagonists -----	34
5.3. 動情激素、黃體激素及治療不孕症藥物	
Estrogens, progestins & drugs used for infertility -----	35
5.4. 作用於腦下腺前葉與下視丘的藥物	
Drugs related to anterior pituitary & hypothalamic function -----	35
5.5. 其他 Miscellaneous -----	38
第 6 章 呼吸道藥物 Respiratory tract drugs -----	42
6.1. 吸入劑 Inhalants -----	42
6.2. 其他 Miscellaneous -----	42
第 7 章 腸胃藥物 Gastrointestinal drugs -----	46
7.1. 消化性潰瘍用藥 -----	46
7.2. 止吐劑 Antiemetic drugs -----	48
7.3. 其他 Miscellaneous -----	49
第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents -----	50
8.1. 疫苗及免疫球蛋白 Vaccines and Immunoglobulins -----	50
8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators -----	51
第 9 章 抗癌瘤藥物 Antineoplastic drugs -----	59
第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents -----	67
10.1. 抗微生物劑用藥給付規定通則 -----	67
10.2. 盤尼西林類 Penicillins -----	69
10.3. 頭孢子菌素 Cephalosporins -----	69
10.4. 巨環類 Macrolides -----	70

10.5. Carbapenem 類抗微生物製劑	70
10.6. 抗黴菌劑 Antifungal drugs	71
10.7. 抗濾過性病毒劑 Antiviral drugs	72
10.8. 其他 Miscellaneous	75
第 11 章 解毒劑 Antidotes in poisoning	77
11.1. 一般解毒劑 General antidotes	77
11.2. 特定解毒劑 Specific antidotes	77
第 12 章 耳鼻喉科及牙科製劑 ENT and dental preparations	78
第 13 章 皮膚科製劑 Dermatological preparations	79
第 14 章 眼科製劑 Ophthalmic preparations	82
第 15 章 婦科製劑 Gynecological preparations	85
附表一 全民健康保險醫療常用第一線抗微生物製劑品名表	86
附表二-A 全民健康保險使用 r-TPA(Actilyse)或 tenecteplase (Metalyse)申報表(血管(不含腦血管)血栓病患用)	87
附表二-B 全民健康保險使用 r-TPA(Actilyse)申報表(急性缺血性腦中風病患用)	88
附表二-C 急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表	89
附表三-A 全民健康保險使用維生素之醫治病症	91
附表三-B 全民健康保險使用荷爾蒙之醫治病症	91
附表四 全民健康保險使用 Human albumin 申報表	92
附表五 全民健康保險使用 Novo Seven; Feiba 申報表	93
附表六 全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin (IVIG) 治療川崎病申請表	94
附表七 全民健康保險使用抗癌藥品申請表(一)	95
附表八 全民健康保險使用抗癌藥品申請表(二)	96
附表九 全民健康保險使用抗癌藥品申請表(三)	97
附表十 患者服用 isotretinoin 口服製劑同意書	100

附表十一	患者服用 acitretin 製劑同意書 -----	101
附表十二	全民健康保險使用 tirofiban (Aggrastat) 申報表-	102
附表十三	全民健康保險類風濕關節炎病患 28 處關節疾病活動 度〈Disease Activity Score, DAS 28〉評估表 --	103
附表十四	全民健康保險疾病修飾抗風濕病藥物 (DMARDs) 之 標準目標劑量暨治療劑量表 -----	104
附表十五	全民健康保險使用 etanercept ; adalimumab 申請表	105
附表十六	全民健康保險使用 etanercept 申請表(四歲至十七 歲兒童) -----	107
附表十七	全民健康保險使用 tacrolimus 兒童患部面積計算圖-	109
附表十八	全民健康保險血友病患者使用「第八、第九凝血因子」 治療紀錄表 -----	110
附表十九	全民健康保險使用 pilocarpine hydrochloride 口服 劑型治療後，症狀改善評量表 -----	112
索引 Index	-----	113

* 本書各項規定後加註之日期為該規定增（修）異動紀錄。

全民健康保險藥品給付規定通則

- 一、本保險醫事服務機構申報之藥品，以收載於「全民健康保險用藥品項表」者為限。
- 二、本保險醫療用藥，由保險人就各醫事服務機構已申報之藥品品項及其藥價審查之。但因急救使用未經報備之藥品，可事後再報保險人備查。
- 三、本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量規定同上。
- 四、注射藥品之使用原則：
 - (一)注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。
(86/1/1)
 - (二)因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品包括：
 1. Insulin
 2. CAPD 使用之透析液
 3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑(至多攜回二週)
 4. desferrioxamine (如 Desferal)
 5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素(至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp) 為原則)。
 6. 治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)
 7. G-CSF (如 filgrastin; lenograstim) (至多攜回三天)
 8. 生長激素(human growth hormone) (至多攜回一個月)。
 9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄(如附表十八—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄)(86/9/1)(92/5/1)
 10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，可攜回使用。
(85/10/1、93/12/1)
 11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等) 至多攜回一個月，另 octreotide(如 Sandostatin 等)需個案事前報准(93/12/1)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR(如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間

隔四週 (89/7/1)。

12. 結核病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)
13. 抗精神病長效針劑(至多攜回一個月)。(87/4/1)
14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但至多攜回兩週。(90/11/1)
15. apomorphine hydrochloride 10mg/ml (如 Britaject Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 15 支。(91/2/1)
16. 罹患惡性貧血 (perniciousanemia) 及維他命 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維他命 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)
17. 患者初次使用 aldesleukin(如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)
18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，至多攜回四週之使用量。(92/10/1)
19. 類風濕關節炎病患使用 etanercept；adalimumab 注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1)

(三)電解質及營養靜脈補充輸液之使用，應說明理由並有明確需要，以積極治療為目的，始得為之。

(四)癌症病人使用之 morphine 及化學治療藥品，於院內經醫師或藥師完成調劑作業後，亦可由病人攜回使用。(85/10/1)

五、使用抗微生物製劑，應優先選用全民健康保險醫療常用第一線抗微生物製劑品名表(附表一)所列者為限。但經微生物培養及藥物敏感試驗確實有效或病情需要者，依本局規定之抗微生物製劑使用原則用藥。

六、維生素、荷爾蒙及白蛋白製劑等類藥品之使用，門診以附表三-A 及三-B 所列醫治病症，住院以特殊病症或施行大手術後必須積極治療者為原則，凡作一般營養補給者，不予給付。

七、本保險處方用藥，需符合中央衛生主管機關核准藥品許可證登載之適應症，並應依病情治療所需劑量，處方合理之含量或規格藥品。(85/1/1、86/1/1、94/6/1)

八、小兒科或施行管灌飲食等不適合服用錠劑之病人，得依病情需要使用內服

液劑。(94/11/1)

九、本保險處方用藥有下列情況者視為重複用藥，不予給付(87/4/1)：

(一)為達相同之治療目的，使用兩種以上同一治療類別(或作用機轉)之藥品，視為重複用藥。

(二)為達相同之治療目的，使用兩種以上不同治療類別(或作用機轉)之藥品，而未能增加療效；或其併用不符合一般醫學學理，且無文獻佐證者。

(三)但下列情形除外：

1. 長短效的藥品搭配使用或不同劑型配合使用，且其使用方法符合各項藥品藥動學或藥理性質之特色者。

2. 緊急傷病情況下之合併使用者，且其併用符合一般醫學學理。

3. 「全民健康保險藥品給付規定」有特別規定者。

十、下列藥品為本保險界定之「無積極療效藥品」，不建議使用：

(一)無藥品許可證，或許可證過期，或經衛生署再評估後未通過者。

(二)醫學專科教科書未列舉，或載明不適用者。

(三)醫學專科治療手冊未列舉，或載明不適用者。

(四)對藥品療效之原始文獻(primary data)之評論未收載於「臨床醫學電腦資訊系統」(Computer Clinical Information System)，或未給予正面評價者。

第 1 章 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

1.1. 疼痛解除劑 Drugs used for pain relief

1.1.1. 非類固醇抗發炎劑外用製劑：(88/9/1、92/2/1、94/9/1)

1. 外用非類固醇抗發炎軟膏，限不適合口服非類固醇抗發炎製劑之軟組織風濕症或關節炎病患使用，每月至多以處方 40gm 為限 (94/9/1)。

2. flurbiprofen 40mg patch(如 Flur Di Fen Patch)：

限同時符合下列條件之病患使用：(92/2/1)

- (1)單一關節（部位）或軟組織風濕症。
- (2)不適合口服非類固醇抗發炎製劑者。
- (3)不得同時併用口服或其他外用非類固醇發炎製劑。
- (4)每月限處方十六片以內。

1.1.2. 非類固醇抗發炎劑(NSAIDs)之注射劑：(88/12/1)

- 1. 限不能口服，且不能使用肛門栓劑之病患使用。
- 2. 本類藥品不可作為急性上呼吸道感染之例行或長期性使用。
- 3. 使用本類藥品，每次不可連續超過五天。

1.1.3. tramadol (87/4/1)

限

- 1. 癌症病例使用。
- 2. 用於非癌症慢性頑固性疼痛（疼痛期超過六個月）之病人，須同時符合下述條件：(1)須為服用 NSAIDS 仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。(2)須檢附疼痛評估報告，內容須包括疼痛強度及疼痛緩解的 VAS 與 VRS (Visual Analogue Scale 和 Verbal Rating Scale)。

1.1.4. tramadol HCl+acetaminophen (如 Ultracet Tablets) (93/7/1、95/5/1)

限用於中度至嚴重性疼痛之病人，須符合下述條件：

- 1. 經其他止痛藥、或非類固醇抗發炎藥物（NSAIDs）治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。
- 2. 非癌症病患使用超過五天時，須檢附疼痛評估報告，並每隔三個月再評估乙次，內容須包括疼痛強度及疼痛緩解的 VAS 與 VRS (Visual Analogue Scale 和 Verbal Rating Scale)。

1.1.5. 非類固醇抗發炎劑(NSAIDs)藥品(如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide) (90/7/1)

etoricoxib(96/01/1)

1. 本類製劑之使用需合乎衛生主管機關許可之適應症範圍，並符合下列條件之一者：
 - (1)年齡大於等於六十歲之骨關節炎病患。
 - (2)類風濕性關節炎、僵直性脊髓炎、乾癬性關節炎等慢性病發炎性關節病變，需長期使用非類固醇抗發炎劑者。
 - (3)合併有急性嚴重創傷、中風及心血管疾病者。
 - (4)同時併有腎上腺類固醇之患者。
 - (5)曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。
 - (6)同時併有抗凝血劑者。
 - (7)肝硬化患者。
2. 使用本類製劑之病患不得預防性併用乙型組織胺受體阻斷劑、氫離子幫浦阻斷劑及其他消化性潰瘍用藥，亦不得合併使用前列腺素劑（如 misoprostol）

1.2. 精神治療劑 Psychotherapeutic drugs

- 1.2.1. 選擇性血清促進素再吸收抑制劑(SSRI)及血清促進素及正腎上腺素再吸收抑制劑(SNRI)抗憂鬱劑」(fluvoxamine maleate ; fluoxetine ; paroxetine ; sertraline ; venlafaxine HCl ; milnacipran ; mirtazapine ; citalopram ; escitalopram ; duloxetine 等製劑)：(88/12/1、89/10/1、91/5/1、92/6/1、93/5/1、94/2/1、94/12/1)

使用時須符合衛生主管機關核准之適應症，病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。

- 1.2.1.1.bupropion HCL(如 Wellbutrin S-R Tab. 150mg)：(92/1/1)

作為戒菸治療者不予給付。

1.2.2. 抗精神病劑 Antipsychotics

- 1.2.2.1.clozapine (如 Clozaril)

1. 限精神科專科醫師使用。
2. 前 18 週使用時，每週須作白血球檢驗，每次處方以七日為限，使用 18 週後，每月作一次白血球檢驗。
3. 申報費用時，應檢附白血球檢驗報告。

- 1.2.2.2.Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如 clozapine、olanzapine、risperidone、quetiapine、amisulpride、ziprasidone、aripiprazole 等)：(91/9/1、

92/1/1、92/7/1、94/1/1、95/10/1)

1. 本類製劑之使用需合乎衛生主管機關許可之適應症範圍，並需符合下列條件(95/10/1)：

- (1)開始使用「第二代抗精神病藥品」時需於病歷記載：

醫療理由或診斷，以及臨床整體評估表(Clinical Global Impression，簡稱 CGI)之分數。

- (2)經規則使用六至八週後，需整體評估其療效，並於病歷記載：臨床整體評估表之分數。

- (3)日劑量超過下列治療劑量時，須於病歷記載理由：

clozapine 400 mg/day。

risperidone 6 mg/day。

olanzapine 20 mg/day。

quetiapine 600 mg/day。

amisulpride 800mg/day。(92/1/1)

ziprasidone 120mg/day。(92/7/1)

aripiprazole 15mg/day。(94/1/1)

2. 本類藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。(95/10/1)
3. olanzapine 用於預防雙極性疾患復發時，限 lithium、carbamazepine、valproate 等藥品至少使用兩種以上，治療無效或無法耐受副作用時使用。(95/10/1)

1.3. 神經藥物 Neurologic drugs

1.3.1. 骨骼肌鬆弛劑 Skeletal muscle relaxants

1.3.1.1. tizanidine HCl(如 Sirdalud tab)：(90/10/1)

限下列病患使用。

1. 神經系統疾病引起痙攣症狀之病例。
2. 急性疼痛性肌肉痙攣病例。

1.3.2. 抗癲癇劑 Antiepileptic drugs

1.3.2.1. sodium valproate 注射劑(如 Depakine Lyophilized Injection)(89/7/1、93/2/1、93/6/1)

限對 phenytoin 注射劑無效或無法忍受 phenytoin 副作用，且無法口服 valproic acid 之病患使用或癲癇連續發作(Seizure clusters)或癲癇重積狀態(Status epilepticus)之病患使用。

1.3.2.2 .gabapentin (如 Neurontin cap)；lamotrigine (如

Lamictal)；vigabatrin (如 Sabril)；tiagabine (如 Gabitril)；levetiracetam(如 Keppra)：(89/9/1、89/2/1、93/6/1、96/3/1)

限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療(add on therapy)。

1.3.2.3. topiramate (如 Topamax)(90/9/1、92/11/1、93/6/1、94/3/1、94/9/1、95/1/1)

限下列病患使用：

1. 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助治療(add on therapy)或作為第二線之單一藥物治療。
2. 用於預防偏頭痛之治療(限使用 Topamax) (94/3/1、94/9/1、95/1/1)

(1)限符合國際頭痛協會偏頭痛診斷標準並有以下任一狀況之偏頭痛患者，且對現有預防藥物療效不佳或無法忍受副作用或有使用禁忌者使用。

I 即使使用急性藥物，反覆發作偏頭痛已嚴重影響到患者的日常生活。

II 特殊病例，如偏癱性偏頭痛、基底性偏頭痛、偏頭痛之前預兆時間過長或是偏頭痛梗塞等。

III 偏頭痛發作頻繁，每星期 2 次(含)以上。

(2)topiramate 每日治療劑量超過 100mg 時，須於病歷詳細記載使用理由。

1.3.3. 阿茲海默氏症治療藥品 donepezil (如 Aricept)；rivastigmine (如 Exelon capsules) (90/10/1)；galantamine hydrobromide (如 Reminyl) (92/1/1)；memantine (如 Witgen、Ebixa)(95/6/1))

1. 使用下列藥物，須經神經科或精神科醫師依 NINDS-ADRDA 或 DSM 或 ICD 標準診斷為阿茲海默氏症病患，並檢附「MMSE 或 CDR 智能測驗結果」，規定如下：

(1)donepezil (如 Aricept)，rivastigmine(如 Exelon capsules) (90/10/1)，galantamine hydrobromide (如 Reminyl) (92/1/1、95/6/1)：

I 限輕度至中度之失智症 (MMSE 10~26 分或 CDR 1 級及 2 級)患者使用。

II 使用前述三種藥品任一種後，三個月內，因副作用得換用本類另一種藥物，不需另外送審，惟仍應於病歷上記載換藥理由。

(93/4/1)

(2) memantine (如 Witgen、Ebixa) (95/6/1):

I 限中度至中重度之失智症($10 \leq \text{MMSE} \leq 14$ 分或 CDR 2 級)患者使用。

II 曾使用過 donepezil, rivastigmine, galantamine 其中任一藥品之患者，若不再適用上述其中任一藥物，且 MMSE 或 CDR 智能測驗達標準($10 \leq \text{MMSE} \leq 14$ 分或 CDR 2 級)，並經事前審查核准後得換用 memantine。惟 memantine 不得與前項三種藥品併用。

2. 限神經科或精神科醫師使用，使用後每六個月需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用。

3. 如有腦中風病史，臨床診斷為「血管性失智症」，或有嚴重心臟傳導阻斷(heart block)之病患，不建議使用。

4. 需經事前審查核准後使用，第一次申請需檢附以下資料：(93/4/1、95/6/1)

(1)CT、MRI 或哈金斯氏量表(Hachinski Ischemic Scale)三項其中之任一結果報告。

(2)CBC, VDRL, BUN, Creatinine, GOT, GPT, T4, TSH 檢驗。

(3)病歷摘要。

(4)阿茲海默氏症診斷準則。(95/6/1)

(5)MMSE 或 CDR 智能測驗報告。

1. 3. 4. 帕金森氏症治療藥品：(91/11/1、93/2/1、95/9/1)

1. Monoamine oxidase B inhibitors (selegiline) 於帕金森氏症病人出現功能障礙之前即可使用。

2. 如病人開始出現功能障礙，在使用 levodopa 之前或同時，得使用一種 Dopamine agonist (ropinirole、pramipexole、pergolide 及 lisuride)，或 amantadine，或是 levodopa 併用 COMT 抑制劑(entacapone：如 Comtan film-coated tab.)

3. levodopa + carbidopa + entacapone 三合一製劑(如 Stalevo Film-Coated Tablets 150/37.5/200mg 等 3 品項)：

限用於表現藥效終期運動功能波動現象，以左多巴/多巴脫羧基酶抑制劑無法達到穩定治療效果之巴金森氏症病人。(95/9/1)

4. 若已同時使用上述藥物且達高劑量，仍無法達到滿意的 "on" state，或出現運動併發症(如異動症或肌強直)，需合併使用多類藥物治療時，應於病歷上詳細記載理由。

1.3.5. 注意力不全過動症治療藥品 methylphenidate HCl (如 Concerta Extended Release Tablets); atomoxetine HCl (如 Strattera Hard capsules) (93/9/1) (96/5/1)

1. 限六歲至十八歲(含), 依 DSM 或 ICD 標準診斷為注意力不全過動症患者且對短效型 methylphenidate(如 Ritalin)治療之副作用無法耐受, 或治療一個月以上, 療效不佳者使用。
2. 需於病歷上記載使用理由。
3. atomoxetine HCl 限每日使用 1 錠。

1.3.6. modafinil (如 Provigil Tablets 200mg)給付規定: (96/2/1)

同時需符合下列條件:

1. 限猝睡症(narcolepsy)患者有日間過度睡眠症狀, 且使用 methylphenidate 無效或無法忍受其副作用時使用。
2. 猝睡症之診斷需符 2005 年國際睡眠障礙分類標準(International Classification of Sleep Disorder II, ICSD II), 且夜間多頻睡眠檢查(nocturnal Polysomnography, PSG)和之後隔日之日間多次入睡睡眠檢查(Multiple Sleep Latency Test, MSLT)須顯示前一夜睡眠至少有 6 小時, MSLT 之平均入睡潛伏期(sleep latency)需小於或等於 8 分鐘, 並須至少有兩次或以上的入睡出現之快速動眼睡眠(Sleep-onset REM periods (SOREMP))。
3. 日間過度睡眠持續至少 3 個月以上, 應有客觀評估, 如成人的愛普沃斯嗜睡量表 ESS(Epworth sleepiness Scale)須高於 9 分, 或兒童青少年日間嗜睡量表 PDSS(Pediatric daytime sleepiness Scale)或史丹福嗜睡評量表 SSS(Stanford sleepiness scale), 且需排除阻塞性睡眠呼吸障礙(obstructive sleep apnea)、週期性下肢抽動(Periodic leg movement disorder)和睡眠相位後移症候群(Delayed sleep phase syndrome)等造成日間過度睡眠之可能性。
4. 限有睡眠實驗室之醫院之神經內科、精神科、胸腔內科、耳鼻喉科專科醫師使用。
5. 經事前審查核准後使用。首次申請時需檢附以下資料: 1. 病歷紀錄 2. ICSD II 診斷 3. PSG 報告 4. MSLT 報告 5. 日間過度睡眠量表, 如 ESS、PDSS、SSS 等。使用後每 3-6 個月施測日間過量睡眠症狀量表 ESS、或 PDSS、SSS, 以評估療效。
6. 使用期程: 第 1 次申請獲准 1 年後, 需重新進行 MSLT 檢查以評估客觀療效, 並同時檢附過去 1 年之 ESS 或 PDSS、SSS。連續 2 年申

請，如病人服藥順從性高，且藥效確定，則可每次核准 3 年。否則仍需每年申請 1 次，若 ESS 或 MSLT 其中之一顯示療效不佳，應即停用。

7. 限制每日最大劑量 200mg。

1.4. 麻醉劑 Drugs used in anesthesia

1.4.1. propofol：(91/2/1)

1. 限住加護病房，使用人工呼吸器治療且需要每日進行神智評估之病例使用。
2. 每次使用以不超過七十二小時為原則。
3. 不得作為例行性使用。

1.4.2. cis-atracurium、atracurium：(91/2/1)

1. 限住加護病房，使用人工呼吸器治療且肝或腎功能衰竭之病患使用。
2. 每次使用以不超過七十二小時為原則。
3. 不得作為例行性使用。

1.4.3. vecuronium、rocuronium(91/2/1)

1. 限住加護病房，使用人工呼吸器治療之血液動力學不穩定之重症病患，且具有下述情形者：
 - (1)心臟功能不穩定者。
 - (2)心搏過速可能惡化者。
2. 每次使用以不超過七十二小時為原則。
3. 不得作為例行性使用。

1.4.4. 局部麻醉劑 (local anesthetics)

xylocaine 2 % jelly：

限直腸外科人工肛門造口病例須居家定期插入導管或脊椎畸型合併有神經功能障礙之病童須長期居家間歇導尿病例使用。

1.5. Parasympathomimetic (Cholinergic) Agents (93/8/1、94/2/1、96/7/1)

1.5.1. pilocarpine hydrochloride 口服劑型

1. 使用於修格蘭氏症候群(Sjogren's syndrome)病人：
 - (1)使用對象：需符合修格蘭氏症候群之診斷標準。
 - (2)使用時機：原發性或續發性修格蘭氏症候群病人具有口乾燥症狀者。

(3)需經事前審查核准後使用。(96/7/1)

(4)治療期程及評量：使用後每半年需重新申請事前審查，申請時需檢附 pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療後症狀改善評量表(如附表十九)，證明 pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療有效。

(5)使用劑量：每日三至四次，每次一錠(5mg/tab.)依病人反映，可做劑量調整參考。

2. 使用於頭頸部癌放射線治療病人

(1)使用對象：頭頸部癌放射線治療超過 26GY 之患者，造成唾液腺功能減低而引起的口乾燥症狀。

(2)使用時機：適用於放射線治療期間及治療後所引起的口乾燥症狀需藥物控制時。

(3)治療期程及評量：每使用兩個月後，需以 pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療後症狀改善評量表(如附表十九)評估，認定確有改善者達 10 分(含)以上者方可繼續使用。(96/7/1)

(4)使用劑量：每日三至四次，每次一錠(5mg/tab.)依病人反映，可做劑量調整參考。

備註：修格蘭氏症候群之診斷標準如下：【修格蘭氏症候群 (Sjogren's syndrome)之診斷標準依據 2002 年修立之歐洲分類標準】

1. 眼睛主觀症狀：至少符合下列問題之一：

(1) 是否有每天，持續性，令人困擾的乾眼症狀持續三個月以上？

(2) 眼睛是否有反覆性的異物感？

(3) 是否使用人工淚液一天大於三次？

2. 口腔主觀症狀：至少符合下列問題之一：

(1) 是否每天都覺得口乾症狀持續三個月以上？

(2) 是否於成年後曾經有反覆性或持續性唾液腺體腫大的現象？

(3) 是否經常使用流質來幫助吞食較乾的食物？

3. 眼睛客觀表現：兩項檢查之中至少有一項呈陽性反應：

(1) Shirmer's 試驗：在無麻醉下測試，5 分鐘後小於或等於 5 公厘。

(2) Rose Bengal score 或其他眼睛染色之評分，大於或等於 4 分(依據 van Bijsterveld's 評分系統)。

4. 組織病理學：在 4mm^2 的唾液腺組織切片中顯示腺體發炎而且 ≥ 1 focus 的淋巴球浸潤 (1 Focus： ≥ 50 個淋巴球聚集)。

5. 唾液腺之侵犯：下列檢查之中至少有一項呈陽性反應：
- (1) 無刺激下唾液的分泌總量減少(15 分鐘少於 1.5cc)
 - (2) 腮腺唾液管 X 光照像呈現瀰漫性唾液腺管擴大(呈像為斑點狀，空洞狀或不規則狀)且無唾液管阻塞現象。
 - (3) 唾液腺閃爍造影檢查呈現放射性同位元素之延遲顯影，低濃度以及/或排出延遲。
6. 自體免疫抗體：出現以下自體抗體：

- (1) SSA 或 SSB 或兩者皆有

合乎修格蘭氏症候群診斷標準之判定：

- 1. 原發性修格蘭氏症：無任何相關疾病且須合乎下述(1)或(2)項條件：

- (1) 6 項條件中 4 項符合，其中須有第 4 項(組織病理)或第 6 項(血清檢查)條件符合。

- (2) 4 項客觀條件(即第 3、4、5、6 項)中，任 3 項條件符合。

- 2. 次發性修格蘭氏症：

患者有潛在相關疾病(例如：任何明確結締組織疾病)而且存在有上述診斷標準中第 1 項條件，或第 2 條件，再加上第 3、4、5 項條件中任何 2 項，即考慮次發性修格蘭氏症候群。

1.6. 其他 Miscellaneous

1.6.1. riluzole (如 Rilutek) (87/4/1、92/11/1、95/4/1)

- 1. 經兩位神經科專科醫師診斷為運動神經元疾病(ALS/MND)，且未氣管切開或使用人工呼吸器之病患。(92/11/1、95/4/1)
- 2 遺傳性運動神經元萎縮症(如 spinal muscular atrophy 等)，幼年性遠端肢體萎縮症(如 segmental or focal motor neuron disease 等)，感染性神經元疾病(如 polio 等)不適用。

1.6.2. botulinum toxin type A

本類藥品限以下適應症使用，且使用時需經事前專案審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料及治療計畫，每一個案每一年須重新評估一次。

1.6.2.1. Botox (90/1/1、93/1/1、94/6/1)

- 1. 使用於眼瞼痙攣或半面痙攣：

- (1) 限十二歲以上，經區域以上(含)教學醫院之眼科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為眼瞼痙攣或半面痙攣之病患使用。

- (2)需符合 Spasm Intensity Scale 三級（含）以上，另有病歷記載病史六個月以上者可申請治療。(94/6/1)
 - (3)每次注射最高劑量：眼瞼痙攣為每側二〇單位，半面痙攣為每側三〇單位。每年最多注射三次為原則。
 - (4)事前審查申請時需檢附照片以利審查。
2. 使用於局部肌張力不全症（focal dystonia）（如斜頸、書寫性痙攣、口顎部肌張力不全等）
- (1)限十二歲以上，經區域以上（含）教學醫院之神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師診斷為局部張力不全症之病患使用。
 - (2)需有病歷記載已持續以其他方式治療六個月以上無效，且斜頸症者需符合 Tsui, s rating scale for cervical dystonia 分數十一分（含）以上者。
 - (3)每次注射最高劑量：斜頸症為一五〇單位，書寫性痙攣及口顎部肌張力不全為七〇單位，且每年最多注射三次為原則。
 - (4)事前審查申請時需檢附照片以利審查。
 - (5)全身性肌張力不全症不在給付範圍。
3. 使用於腦性麻痺病患
- (1)限滿二歲以上，經區域以上（含）教學醫院復健科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為痙攣型腦性麻痺之病患使用。
 - (2)其肢體之痙攣影響主動功能（如行走或手部動作），該肢體之痙攣程度以 Modified Ashworth Scale 評估為二或三級，且經藥物、復健或輔具治療至少六個月以上無效者。
 - (3)無固定不可逆之關節攣縮。
 - (4)每次注射最高劑量每公斤體重十二~十五單位（總劑量不超過三〇〇單位），下肢每塊肌肉每公斤體重使用三~六單位，上肢每塊肌肉每公斤體重使用一~二單位，且每年最多注射三次。(94/6/1)
 - (5)治療年齡（以申請日期起計）：下肢為二~十歲，上肢為二~十二歲。(94/6/1)
 - (6)事前審查申請時需檢附錄影帶或其他動態影像記錄以利審查。
 - (7)經外科手術治療之同肌肉部位不得再行注射。
4. 使用於成人中風後之手臂痙攣：(93/1/1、94/6/1)
- (1)限二十歲以上，中風發生後六個月至三年期間，經復健、輔具或藥物治療至少六個月以上仍有手臂痙攣影響其日常活動（如飲食、衛生、穿衣等）者，痙攣程度符合 Modified Ashworth Scale 評估二或三級，且關節活動度（R1/R2）顯示顯著痙攣，並排除

臥床、手臂攣縮或關節固定不可逆攣縮者。(94/6/1)

(2)限經區域以上（含）教學醫院神經內科或復健科專科醫師診斷為成人中風後之手臂攣縮病患，經事前審查核准後可由地區醫院以上（含）之復健科或神經內科醫師注射。(94/6/1)

(3)排除臥床、手部肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮者。

(4)每次注射最高劑量 Botox 360u，且每年最多三次。(94/6/1)

(5)須經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片。

(6)再次申請時需提出使用效果評估結果。

◎ 前開注射劑量單位僅適用於 Botox[®] 劑量計算。

1.6.2.2. Dysport (91/2/1、93/1/1、94/6/1)

1. 使用於眼瞼攣縮或半面攣縮：

(1)限十二歲以上，經區域以上（含）教學醫院之眼科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為眼瞼攣縮或半面攣縮之病患使用。

(2)需符合 Spasm Intensity Scale 三級（含）以上，另有病歷記載病史六個月以上者可申請治療。(94/6/1)

(3)每次注射最高劑量：眼瞼攣縮為每側八〇單位，半面攣縮為每側一二〇單位。每年最多注射三次為原則。

(4)事前審查申請時需檢附照片以利審查。

2. 使用於局部肌張力不全症（focal dystonia）（如斜頸、書寫性攣縮、口顎部肌張力不全等）

(1)限十二歲以上，經區域以上（含）教學醫院之神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師診斷為局部張力不全症之病患使用。

(2)需有病歷記載已持續以其他方式治療六個月以上無效，且斜頸症者需符合 Tsui, s rating scale for cervical dystonia 分數十一分（含）以上者。

(3)每次注射最高劑量：斜頸症為六〇〇單位，書寫性攣縮及口顎部肌張力不全為二八〇單位，且每年最多注射三次為原則。

(4)事前審查申請時需檢附照片以利審查。

(5)全身性肌張力不全症不在給付範圍。

3. 使用於腦性麻痺病患

(1)限滿二歲以上，經區域以上（含）教學醫院復健科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為攣縮型腦性麻痺之病患使用。

(2)其肢體之攣縮影響主動功能（如行走或手部動作），該肢體之攣

攣程度以 Modified Ashworth Scale 評估為二或三級，且經藥物、復健或輔具治療至少六個月以上無效者。

(3)無固定不可逆之關節攣縮。

(4)每次注射最高劑量每公斤體重三十單位（總劑量不超過九〇〇單位），下肢每塊肌肉每公斤體重使用九~十八單位，上肢每塊肌肉每公斤體重使用三~六單位，且每年最多注射三次。
(93/1/1)

(5)治療年齡（以申請日期起計）：下肢為二~十歲，上肢為二~十二歲。(94/6/1)

(6)事前審查申請時需檢附錄影帶或其他動態影像記錄以利審查。

(7)經外科手術治療之同肌肉部位不得再行注射。

4 使用於成人中風後之手臂痙攣：(93/1/1、94/6/1)

(1)限二十歲以上，中風發生後六個月至三年期間，經復健、輔具或藥物治療至少六個月以上仍有手臂痙攣影響其日常活動(如飲食、衛生、穿衣等)者，痙攣程度符合 Modified Ashworth Scale 評估二或三級，且關節活動度(R1/R2)顯示顯著痙攣，並排除臥床、手臂攣縮或關節固定不可逆攣縮者。(94/6/1)

(2)限經區域以上（含）教學醫院神經內科或復健科專科醫師診斷為成人中風後之手臂痙攣病患，經事前審查核准後可由地區醫院以上（含）之復健科或神經內科醫師注射。(94/6/1)

(3)排除臥床、手部肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮者。

(4)每次注射最高劑量 Dysport 1000u，且每年最多三次。

(5)須經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片。

(6)再次申請時需提出使用效果評估結果。

◎前開注射劑量單位僅適用於Dysport劑量計算。

◎Spasm Intensity Scale：

0 正常眨眼次數。

1 眨眼次數因對外界刺激（如光、風等）而增加。

2 輕微但明顯之眼瞼震顫（無痙攣），且未引起生活不便。

3 中度，且極明顯之眼瞼痙攣，且引起生活不便。

4 嚴重影響生活（無法閱讀、駕駛等）。

◎ Modified Ashworth Scale：

- 0 無肌張力增加。
 - 1 肌肉張力輕微增加，表現在關節活動範圍之末端。
 - 1+ 肌張力輕微增加，表現在關節活動一半範圍之內。
 - 2 肌肉張力明顯增加，表現在整個關節活動範圍內。
 - 3 肌張力更明顯增加，關節活動出現困難。
 - 4 肌張力極高，無關節活動可言。
- 1.6.3. tolterodine L-tartrate(如 Detrusitol F.C Tablets 、 Detrusitol SR Prolonged-release cap) ； solifenacin succinate (如 Vesicare Film Coated Tab) : (90/7/1、93/10/1、96/04/01)
- 1. 限符合下列診斷標準條件之一者：
 - (1)頻尿：每天(24 小時)排尿次數超過八次，並有詳實病歷紀錄。
 - (2)急尿：病患自述經常有一種很突然、很強烈想解尿的感覺。
 - (3)急迫性尿失禁：對於尿急的感覺無法控制，並於 24 小時內至少也有一次漏尿之情形。
 - 2 . 不宜使用本類藥品者：
 - (1)小兒夜尿。
 - (2)單純性應力性尿失禁。
 - (3)膀胱逼尿肌無反射 (detrusor areflexia) 或膀胱不收縮所引起之排尿困難或尿失禁之症狀。
 - 3. solifenacin succinate (如 Vesicare Film Coated Tab) 藥品每天限使用 1 錠。

第 2 章 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

2.1. 抗血小板劑 Antiplatelet agents

2.1.1. acetylsalicylic acid(Aspirin)製劑 (89/2/1)

如用於抗血小板凝集，以每日一粒為原則。

2.1.2. ticlopidine (原 ticlopidine 與 acetylsalicylic acid 合併使用之情況條文修訂)：(87/4/1、88/9/1、90/1/1)

1. 限無法忍受 acetylsalicylic acid (Aspirin) 或對 acetylsalicylic acid (Aspirin)有禁忌而需使用抗血小板製劑之病患使用(88/9/1)。

2. 原則上本類製劑與 acetylsalicylic acid(Aspirin)不宜合併使用，僅於冠狀動脈支架植入術後三個月內，得依病情需要合併使用。申報費用時須註明放置支架(stent)之日期。(87/4/1)(90/1/1)

2.1.3. tirofiban hydrochloride (如 Aggrastat)：(91/2/1)

1. 限下列病患使用：

(1)不穩定型心絞痛（其定義為：缺血性心絞痛合併心電圖兩個導程ST節段改變1mm (0.1mv) 以上，及血液動力學【hemodynamics】有變化者）之病患，對傳統療法無反應者，或非 Q 波之心肌梗塞之病患。

(2)急性 Q 波心肌梗塞於症狀發生十二小時內，於執行 PTCA 時得併用 tirofiban。

2. 使用以不超過連續四十八小時，劑量 37.5mg 為原則。

3. 申報費用時需由醫療機構詳細填具申報表(如附表十二)。

2.1.4. abciximab (如 ReoPro)：(90/7/1)

1. 限不穩定型心絞痛，對傳統療法無反應者，已預定施行經冠狀動脈成形術之不穩定狹心症時、作為 heparin 的輔助療法，或非 Q 波之心肌梗塞之病患使用。

2. 急性 Q 波心肌梗塞於症狀發生十二小時內，於執行 PTCA 時得併用 abciximab。

2.1.5. tinzaparin sodium 注射劑 (如 Innohep Injection)：(90/7/1、91/9/1)

1. 用於治療深層靜脈栓塞，每療程以二瓶為限。

2. 用於預防手術病人深層靜脈栓塞，每療程以一瓶為限。

3. 用於治療肺栓塞。

2.1.6. cilostazol(如 Pletaal tablets)：(90/6/1)

限使用於緩解間歇性跛足的症狀。

2.1.7 clopidogrel (如 Plavix)：(90/1/1、93/4/1、94/8/1)

1. 限曾發生中風、心肌梗塞或週邊動脈血管疾病的粥狀動脈硬化病人，並符合下列條件之一者使用。(90/1/1、94/8/1)

(1)對 acetylsalicylic acid (如 Aspirin)過敏。

(2)臨床診斷確定為 acetylsalicylic acid(如 Aspirin)所導致之消化性潰瘍或上消化道出血、穿孔病史者。須於病歷註明發生時間。

(3)最近一年內臨床診斷確定為消化性潰瘍者。病歷上應有明確消化性潰瘍之典型症狀紀錄及發病時間。

(4)最近一年內經上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影檢查證實消化性潰瘍或發生上消化道出血、穿孔病史。須於病歷註明上消化道內視鏡或上消化道 X 光攝影檢查時間。但對 acetylsalicylic acid 無法耐受，且身體狀況無法忍受內視鏡或消化道 X 光攝影檢查者（如中風、心肌梗塞之高齡患者或長期卧床等患者）不在此限。

2. 經介入性支架置放術時及治療後 3 個月內得與 acetylsalicylic acid (如 Aspirin)合併使用。須於病歷註明介入性支架置放手術之日期。(90/1/1、94/8/1)

3. 用於已發作之非 ST 段上升之急性冠心症(不穩定性心絞痛和非 Q 波型心肌梗塞)而住院的病人時，得與 acetylsalicylic acid(如 Aspirin)合併治療，最長 9 個月。須於病歷註明住院時間。(93/4/1、94/8/1)

2.1.8. eptifibatide (如 Integrilin)：(95/8/1)

1. 限不穩定型心絞痛，對傳統療法無反應者，已預定施行經冠狀動脈成形術之不穩定狹心症時、作為 heparin 的輔助療法，或非 Q 波之心肌梗塞之病患使用。

2. 急性 Q 波心肌梗塞於症狀發生十二小時內，於執行 PTCA 時得併用 eptifibatide。

2.2. 血管擴張劑 Vasodilators

2.2.1. buflomedil (如 Flodil ; Loftyl)：

限

1. 糖尿病所併發之末梢血管循環障礙。

2. 雷諾氏症候群。

3. 間歇性跛行病例使用。

2.2.2. nimodipine inj (如 Nimotop): (87/4/1、93/2/1)

預防、治療因動膜瘤引起之蜘蛛膜下出血後，腦血管痙攣所引起的缺血性神經缺損，可使用二星期，須附電腦斷層掃描 (CT Scan) 報告。

2.2.3. papaverine inj:

限血管攝影及血管手術病例使用。

2.3. 血管收縮劑 Vasoconstrictors

2.3.1 sumatriptan succinate(如 Imigran): (88/9/1、93/8/1、94/11/1)

1. 限成人符合國際頭痛協會(International Headache Society)一九八八年訂定的「偏頭痛」診斷標準者：

(1)至少有五次能符合(2)至(4)項的發作。

(2)頭痛發作持續四至七十二小時。

(3)頭痛至少具下列二項特徵：

I 單側

II 搏動性

III 程度中等或重度(日常生活受限制甚或禁絕)

IV 上下樓梯或類似之日常活動會使頭痛加劇

(4)當頭痛發作時至少有下列一情形：

I 噁心或嘔吐

II 畏光及怕吵

2. 偏頭痛之發作嚴重影響日常生活(無法工作或作家事)者。

3. 經使用其他藥物無效者。

4. 每月限用四次，每次用量不超過 100 mg，每月不超過 400 mg。
(93/8/1、94/11/1)

5. 不得同時處方含有 ergotamine 製劑或其衍生物類藥物。

6. 不得作為預防性使用。

7. 不得使用於曾患有心肌梗塞、缺血性心臟病、Prinzmetal 氏狹心症、冠狀血管痙攣者及高血壓未受控制的患者。

2.4. 泌尿道疾患治療藥物 Agents used to treat urological disorders

2.4.1. alprostadil: (86/9/1)

如用於勃起機能障礙之治療，不予給付。

2.4.2. potassium citrate (如 Urocit-K tab):

限泌尿道結石或腎小管性酸毒症病人使用。

2.4.3 pentosan Polysulfate Sodium(如 Elmiron Cap)(92/12/1)

1. 用於間質性膀胱炎。
2. 病患應同時符合下列情形：
 - (1) 出現尿急、頻尿、骨盆腔疼痛、夜尿症狀一年以上。
 - (2) 尿液常規檢查或培養無感染，及尿液細胞學檢查無惡性細胞。
 - (3) 麻醉下膀胱鏡水擴張後出現腎絲球狀出血 (glomerulation) 或 Hunner's 潰瘍，或未出血但膀胱容量在麻醉下小於 500 毫升。
 - (4) 連續二天排尿日誌顯示每次排尿量少於 300 毫升，且每天排尿次數至少大於十次以上。
 - (5) 曾以傳統治療（包括膀胱擴張、藥物、物理治療等）治療四週以上仍無效果者。
3. 原則上每一療程以六個月為限，療程結束前應評估其療效，如症狀未有改善且無不良反應出現者，可再繼續另一療程。
4. 須經事前審查核准後使用。

2.5. 血栓溶解劑 Thrombolytic drugs

2.5.1. r-TPA (如 Actilyse Inj), tenecteplase(如 Metalyse Inj.) 用於血管（不含腦血管）血栓時：(91/12/1)

1. 限具有心臟專科醫師之醫院使用。
2. 應使用於胸痛急性發作十二小時內，心電圖至少有二導極呈現心肌缺氧變化，使用硝化甘油舌下片歷經三十分鐘尚未能解除胸痛，有急性心肌梗塞之臆斷者。
3. 懷疑有急性肺動脈栓塞病人。
4. 有周邊血管血栓病人。(93/1/1)
5. 應使用於無出血傾向之病人。有出血傾向之病人，或最近有手術或出血現象之病人應避免使用。
6. 使用本藥劑前宜先檢查病患血小板、出血時間、凝血時間、凝血原時間及血漿纖維原含量。
7. 醫院於病例發生時，應填寫「全民健康保險使用 r-TPA (Actilyse) 或 tenecteplase(Metalyse Inj.) 申報表（血管（不含腦血管）血栓病患用）」（請詳附表二-A）併附兩張有意義之不同時段心電圖於當月份醫療費用申報。(93/1/1)
8. 醫院如擬將 r-TPA 或 tenecteplase) 列為常備藥品，請於申報時檢附心臟病診斷設備，加護病房（ICU 或 CCU）之相關資料，經本局同意後再按使用規定辦理。

2.5.2 r-TPA (如 Actilyse Inj) 用於急性缺血性腦中風時：(93/1/1)

1. 限急性缺血性腦中風三小時內使用。

2. 使用醫院應具有神經內、外專科醫師及加護病房或同等級之設施。
3. 使用本藥品前，應先作病人腦部電腦斷層或磁共振造影檢查、神經學檢查(含 NIHSS)、心電圖、胸部 X 光、凝血時間、凝血酶原時間、肝腎功能及血糖，並且必須符合「急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表」(請詳附表二-C)之條件。
4. 醫院於病例發生後，於當月醫療費用申報時，應填寫「全民健康保險使用 r-TPA (Actilyse)申請表(急性缺血性腦中風病患用)」(請詳附表二-B)，並附注射前及 24 小時、36 小時後之腦部電腦斷層(或磁共振造影檢查)與 NIHSS。

2.5.3 Recombinant Human Activated Protein C (如 Xigris Powder For Solution For Infusion) (93/11/1、95/2/1)

1. 限重度敗血症病患且同時符合下列條件者

- (1)十八歲以上之成人且因敗血症導致急性的第一個主要器官衰竭並入住加護病房十二至四十八小時的病患。
- (2)病患經感染症專科醫師會診，懷疑(suspected)或確認有感染症發生。
- (3)除了本次敗血症之外，病患必須有良好之存活預後(存活預期大於六個月)。
- (4)病患至少需符合下列四項標準中的三項：
 - I 體溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 或 $\leq 36^{\circ}\text{C}$ 。
 - II 心跳 ≥ 90 次/分鐘。
 - III 呼吸速率 ≥ 20 次/分鐘 或血中二氧化碳濃度(PaCO_2) ≤ 32 mm Hg 或使用呼吸器患者。
 - IV 白血球數目 $\geq 12,000/\text{mm}^3$ 或 $\leq 4,000/\text{mm}^3$ 或未成熟的嗜中性白血球數 $>10\%$ 。
- (5)病患至少需符合下列急性器官衰竭(指發作小於等於四十八小時)二項以上：
 - I 心血管：於給予適當之輸液急救、維持適當之血管內容積、或已使用升壓素的狀態下，收縮壓仍 ≤ 90 mm Hg，或平均動脈壓 ≤ 70 mm Hg 並持續一小時以上。
 - II 腎臟：於給予適當之輸液急救、連續四小時之排尿量 $<0.5\text{ml/kg/hr}$ 。
 - III 呼吸： $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$ ，或當有肺炎時， $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ 。
 - IV 血液：血小板數 $<80,000/\text{mm}^3$ ，或血小板數於三日內下降百分之五十。
 - V 代謝性酸中毒：pH 值 ≤ 7.3 ，或血漿乳酸濃度高於正常值上限

1.5 倍以上，合併鹼基不足額 (base deficit) $\geq 5\text{mEq/L}$ 。

(6) Apache II score 大於等於二十五分且小於五十三分。

2. 排除條件

(1) 進行性內出血。

(2) 顱內病變，腫瘤或大腦疝氣。

(3) 目前使用 Heparin 治療，且劑量高於 15 IU/kg/hr 。

(4) 已知易出血體質，不包括敗血症引起之急性凝血病變。

(5) 慢性重度肝臟疾病(晚期肝硬化，食道或靜脈曲張，或 INR(國際標準凝血時間比) >2.0 之慢性肝疾病)、肝門脈高血壓、慢性黃疸或慢性腹水之病患。

(6) 血小板數 $<30,000/\text{mm}^3$ ，即使輸血後血小板數回升。

(7) 容易出血的高危險群：

I 任何大手術(需全身或脊髓麻醉之手術)，於術後十二小時立即輸注本劑；或任何術後病人具出血現象；或於輸注本劑期間，即將或預期進行手術的病人。

II 頭部重度創傷需住院治療或顱內或脊椎手術的病史，或近三個月內曾發生出血性中風，或具顱內動靜脈血管變形、腦動脈瘤、中樞神經系統大型損傷的病史；病患接受硬腦膜外插管，或預期於輸注該劑期間，將接受硬腦膜外插管。

III 先天性易出血體質。

IV 近六週內曾發生腸胃道出血，且除非進行手術治療，必須以藥物控制病情。

V 創傷伴隨高度出血危險。

1(8) 過度凝血情形：

I 對活化蛋白 C 產生抗阻。

II 先天性缺乏活化蛋白 C、活化蛋白 S 或 antithrombin III。

III 產生 anticardiolipin(抗牛心脂素)、antiphospholipid (抗磷脂類) 之抗體，或

IV 高度懷疑深層血管血栓形成或肺部栓塞。

V 瀕死狀態之病患。

VI 受免疫不全病毒感染，CD4 數目 $\leq 50/\text{mm}^3$ 。

VII 具骨髓、肺、肝、胰臟或小腸移植病史。

VIII 慢性腎衰竭需血液或腹膜透析之病患。

IX 無法確認感染源之急性胰臟炎。

2.6. 降血脂藥物 Drugs used for dyslipidemia

2.6.1. 全民健康保險降血脂藥物給付規定表（86/1/1、87/4/1、87/7/1、91/9/1、93/9/1）

2.6.2. ezetimibe（如 Ezetrol Tablets）：（94/6/1）

原發性高膽固醇血症、同型接合子家族性高膽固醇血症、同型接合子性麥脂醇血症(植物脂醇血症)患者並符合下列條件之一者：

1. 符合全民健康保險降血脂藥物給付規定表且對 Statins 類藥品發生無法耐受藥物不良反應（如 Severe myalgia、Myositis）者。
2. 符合全民健康保險降血脂藥物給付規定表經使用 Statins 類藥品單一治療 3 個月未達治療目標者，得合併使用本案藥品與 Statins 類藥品。

2.6.3. ezetimibe+simvastatin（如 Vytorin 10/20mg、Vytorin 10/10mg）：（95/12/1）：

限用於原發性高膽固醇血症、同型接合子家族性高膽固醇血症(HOFH)病患並符合全民健康保險降血脂藥物給付規定表者。

2.7. 乙型擬交感神經阻斷劑 Beta blocking agents：metoprolol succinate 23.75mg（如 Betaloc ZOK 25mg）（93/5/1）

限用於慢性心衰竭病患。

2.8. 其他 Miscellaneous

2.8.1. 腦循環改善劑、腦代謝改善劑及血球流變改善劑：（87/4/1）

因治療上需要使用腦循環改善劑或腦代謝改善劑或血球流變改善劑時，最多使用一類，且須檢附相關之紀錄或報告，並於病歷上詳細記載。

全民健康保險降血脂藥物給付規定表

血脂異常之 起步治療準則		血脂濃度	≥2 個危險因子 (如附註二)	TC/HDL-C>5 或 HDL-C<40mg/dl	治療目標	處方規定
無心 血管 疾病 患者 (如 附註 一)	有 下 列 情 況 之 一 時 ， 應 給 予 非 藥 物 治 療	TC ≥200mg/dl	✓	×	<200mg/dl	如非藥物治療未達治療目標，得使用降血 脂藥物(請附三個月前及本次血脂檢查數 據)，接受藥物治療後，應每三至六個月 抽血檢查一次，同時請注意副作用產生， 如肝功能異常或橫紋肌溶解症等，如已達 治療目標，請考慮減量，並持續治療之。 (91/9/1、93/9/1)
		≥240mg/dl	×	×	<240 mg/dl	
		LDL-C ≥130mg/dl	✓	×	<130mg/dl	
		≥160mg/dl	×	×	<160mg/dl	
		TG ≥200mg/dl (需同時合併有 TC/HDL-C>5 或是 HDL-C<40mg/dl)(91/9/1)	×	✓	<200mg/dl(87/4/1)	
或有 糖心 尿血 管疾 病患 者	同 時 予 以 非 藥 物 治 療	TC ≥200mg/dl	×	×	< 160mg/dl(87/7/1)	接受藥物治療後，應每三至六個月抽血檢 查一次，同時請注意副作用產生，如肝功 能異常或橫紋肌溶解症等。(93/9/1)
		LDL-C ≥130mg/dl	×	×	≤100mg/dl(87/7/1)	
		TG ≥200mg/dl (需同時合 併有 TC/HDL-C>5 或是 HDL-C<40mg/dl) (91/9/1)	×	✓	< 150mg/dl(87/7/1)	
血中三酸甘油酯高於 500mg/dl，具有罹患急性胰臟炎危險者，得使用降血脂藥物。(87/4/1、93/9/1)						
附註一：心血管疾病：(✓)需符合此項條件 (×)不需符合此項條件 (一)冠狀動脈粥狀硬化患者 有心導管檢查證實(附檢查報告、醫院名稱及日期)。 曾患心肌梗塞有心電圖(附心電圖)或住院證實(附檢查醫院名稱及日期)。 心絞痛病患，有缺氧性心電圖變化或運動試驗陽性反應者(附檢查報告)。 (二)腦血管病變患者 腦梗塞。 腦內出血(不含其他顱內出血)。 陣發性腦缺血患者(TIA)其頸動脈超音波證實有粥腫樣變化併有 70%以上阻塞者。 (三)周邊血管粥狀硬化有缺血性症狀且經血管都卜勒超音波或血管攝影證實者。						
附註二：危險因子： 1. 高血壓 2. 糖尿病 3. 男性≥45 歲 4. 有早發性冠心病家族史 5. 女性≥55 歲或停經沒有雌激素療法者 6. 吸菸(因吸菸而符合起步治療準則之個案，如要求藥物治療，應以自費治療)。						

第 3 章 代謝及營養劑 Metabolic & nutrient agents

3.1. 靜脈營養輸液 Parenteral nutritions

3.1.1. Intrafat：限

1. 嚴重燒傷病人，為靜脈營養補充。
2. 使用全靜脈營養者。
3. 重大手術後五至七天仍不能進食者，每日不超過一瓶(500cc)為原則。

3.2. 維生素 Vitamins

(使用維生素醫治之適應症詳[附表三-A](#))

3.2.1. mecobalamin 製劑：(85/4/1)

限糖尿病併發周邊神經病變並具有臨床神經學病徵(需於處方上敘明)，或經神經傳導(NCV)檢查證實之病例使用。

3.2.2. 活性維生素 D3 製劑(如 alfacalcidol；calcitriol)限下列病例使用：(86/1/1、91/7/1)

1. Vit. D 依賴型佝僂症或低磷血佝僂症之病例。(附醫學中心之診斷証明)
2. 副甲狀腺機能低下症病例。(應檢附病歷影本)
3. 慢性腎不全引起之低血鈣症病例，並限腎臟功能失調(即 BUN 值 80 mg/dL 以上或 creatinine 值 4.0 mg/dL 以上或 PTH-i 大於正常值三倍以上)，血中鈣濃度在 10.5 mg/dL 以上之病例不可使用。
4. 停經後婦女患有脊椎壓迫性骨折或髖骨骨折病患，本藥品不得併用 bisphosphonates、calcitonin、raloxifene 等藥物。

3.3. 其他 Miscellaneous

3.3.1. 肝庇護劑：(85/1/1、88/3/1、94/7/1)

1. 肝硬化、肝炎患者，限下列情形之一者，得由醫師依肝功能和影像檢查或病理切片檢查確實診斷後，視病情需要處方之。(94/7/1)
 - (1)HBV(+) 及 HCV(+)之病患且 GOT、GPT 值大於(或等於)正常值上限 1 倍以上。
 - (2)任何原因所引起之肝硬化且 GOT、GPT 值大於(或等於)正常值上限 1 倍以上。
 - (3)HBV(-) 及 HCV(-)之病患，GOT、GPT 值大於(或等於)正常值上限 2 倍以上。
2. 肝庇護劑之使用，門診以口服一種為原則；使用於高血氨症

(hyperamonemia)之肝底護劑應檢附氨之異常報告。

3. 使用肝底護劑應檢附肝功能報告，該報告有效期為三個月，逾期應再複查。

4. 肝功能檢查如檢查結果正常，應停止用藥，在檢查未得結果前，所用藥物以一週為宜。

3.3.2.ketosteril tab：限

1. 限慢性腎衰竭病患行低蛋白飲食治療，連續三個月，每個月之血中肌酸酐均在 6 mg % 以上者，檢附相關檢驗報告，經核准後得使用六個月，每日至多使用六顆。

2. 使用時應每兩個月檢查一次，肌酸酐如降至 5 mg % 以下時，或病人不遵守低蛋白飲食時，應即停藥。

3. 本品不得用於血液透析及換腎病患，並不得做為一般營養補充劑。

4. 使用本品時不得與同類品製劑(例如 Amiyu.....)同時處方。(93/12/1)

3.3.3.glucosamine sulfate：(88/9/1、93/8/1)

1. 需符合下列各項條件：

(1) 六十歲以上之膝關節炎病患，其放射線分期(依 Ahlbäck 分期) stage III(含 III)以下(stage I, II, III 須於病歷中記載或附報告)。

(2) 膝關節炎症狀達六個月以上，其 Lequesne's severity index for knee OA 至少 7 points。

2. 原則上每日最大劑量為 750 mg；若病情需要增加劑量，則需事前審查核准後使用。每一療程最長十二週，每次處方均需記錄用藥史及 Lequesne's severity index，療程結束後評估療效，其效果不佳者應即停用；如症狀確有改善，須停藥三個月，方可開始另一療程；每年最多使用二療程。(93/8/1)

3. 開刀置換人工膝關節後，不得使用 glucosamine 製劑。

備註:Ahlbäck 分期法

Classification of severity of osteoarthritis of the knee (Ahlbäck 1968)

Stage	Radiographic change
I	At most a slight reduction of the cartilage height
II	Obliteration of the joint space
III	Bone loss of ≤ 7 mm measured along the medial or lateral margins of the joint from a line perpendicular to the axis of the tibia and tangential to the unaffected articular surface
IV	Bone loss > 7 mm measured as above

-
- V Bone loss >7mm with subluxation, defined as lateral displacement of the tibia by at least 10 mm in relation to the femur
-

THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY, Vol. 72-B, No.2, March 1990.

3.3.4.口服鈣質補充劑 oral calcium salt : (89/2/1)

限下列病患使用：

1. 骨質疏鬆 (osteoporosis) 或軟骨病 (osteomalacia) 病患。
2. 高磷酸鹽血症 (hyperphosphatemia) 或低血鈣症 (hypocalcemia)。
3. 長期使用糖皮質類固醇 (glucocorticoid) 病患。
4. 腎衰竭病患。

3.3.5.Nutrineal PD4 with 1.1% Amino Acid : (91/2/1) (92/10/1)

1. 限長期接受腹膜透析之病患使用；該病患至少接受腹膜透析 (CAPD) 三個月以上者。
2. 每天限使用一袋代替葡萄糖腹膜透析液。
3. serum albumin ≤ 3.5 gm/dl 或 nPNA < 0.9 患者使用，須附開始 CAPD 當月的檢驗報告影本。

【註: nPNA (normalized protein equivalent of total nitrogen appearance) (gm/kg/day) = $[10.76 \times (0.69 \times \text{UNA} + 1.46)] \div \text{body weight (kg)}$ 】

4. Kt/Vurea ≥ 2.0 /week 或 weekly creatinine clearance ≥ 60 L/week/1.73m² (腹膜平衡試驗 (PET) 為 high and high-average transporters 者) 或 weekly creatinine clearance ≥ 50 L/week/1.73m² (腹膜平衡試驗 (PET) 為 low and low-average transporters 者)。(92/10/1)

5. 不得同時合併其他胺基酸 (amino acid) 使用。

3.3.6 agalsidase alfa (如 Replagal inj.) : (93/9/1)

限經事前審查核准後使用。

3.3.7 agalsidase beta (如 Fabrazyme inj.) : (93/10/1)

限經事前審查核准後使用。

3.3.8 "Baxter" Extraneal Peritoneal Dialysis Solution With 7.5% Icodextrin (93/12/1) (96/1/1)

1. 限下列病患使用：

- (1) high transporters 及 high average transporters 病患，用於每天長留置期。

(2)脫水衰竭病患及臨界脫水衰竭邊緣之病患，即病患：

I.使用 4.25%傳統式葡萄糖腹膜透析液 4 小時內脫水量小於等於 400cc.者或；

II.每天使用總袋數 1/2 以上（含）2.5% 或 4.25% 葡萄糖腹膜透析液。

III.體重 20 公斤以下之兒童，脫水困難或會倒吸者，每天使用 3 袋（含）2.5% 或 4.25% 葡萄糖腹膜透析液。

(3)HbA1c 大於 7.0% 的糖尿病腹膜透析病患，用於每天長留置期。

(4)腹膜炎病患。

2.每天限用一袋。

3.3.9. Sodium bicarbonate 成分之口服製劑給付規定：(95/8/1)

限用於腎小管酸血症。

3.3.10 idursulfase (如 Elaprase solution for intravenous infusion)給付規定：
(96/7/1)：

限用於：

5（足）歲以上無智力受損徵狀之全智商 70 分以上（含 70 分）
或語言智商 80 分（含 80 分）以上之 Long term enzyme
replacement therapy for patients with MPS II（Hunter
Syndrome）患者，需要每年檢附智商測量證明。

第 4 章 血液治療藥物 Hematological drugs

4.1. 造血功能治療藥物 Hematopoietic agents

4.1.1. 紅血球生成素(hu-erythropoietin 簡稱 EPO (如 Eprex、Recormon)、 darbepoetin alfa(如 Aranesp)):(93/5/1、95/11/1)
使用前應作體內鐵質貯存評估，以後三至六個月追蹤。

1. 如 Hb 在 8 gm/dL 以下，ferritin 小於 100 mg/dL 之值仍可能貯存不適當。

2. transferrin saturation 正常是 20 - 45 %；如小於 20 %有可能是鐵質缺乏。

(1)限慢性腎臟功能衰竭，接受透析病人，其 hematocrit (Hct)在 28 % (含) 以下之病患使用。

(2)限慢性腎臟功能衰竭引起之貧血，creatinine > 6 mg %，且 hematocrit 在 28 % (含) 以下病患使用。

(3)使用時，應從小劑量開始，Hct 目標依病人狀況及需要為 33 % - 36%之間，如超過 36%即應暫停使用，俟降至 36 %以下再投與。(95/11/1)

(4)如 Hct 值維持在目標值一段時間(一至二個月)，宜逐次減量，以求得最低維持劑量。

(5)每名病人所用劑量，一個月不超過 20000 u(如 Eprex、Recormon)或 100mcg (如 Aranesp) 為原則，如需超量使用，應附病人臨床資料(如年齡、前月 Hct 值、前月所用劑量、所定目標值.... 等等)及使用理由。(93/5/1)

(6)使用本類藥品之洗腎患者，每週應檢查 Hct 值乙次，CAPD 及未透析患者，如因病情需要使用本類藥品時，每月應檢查 Hct 值乙次。檢查費用包含於透析費用內，不另給付(未接受透析病人除外)。

(7)使用本類藥品期間如需輸血，請附輸血時 Hct 值及原因。

3. 治療與癌症化學治療有關的貧血：(95/11/1)

(1)限患有固態腫瘤且接受含鉑 (platinum) 化學藥物治療而引起貧血，且其 Hb 在 8 gm/dL 以下(Hb < 8 gm/dL)之病人使用。

(2)Epoetin beta (如 Recormon) 與 epoetin alfa (如 Eprex) 初劑量為 150U/Kg 每週 3 次，最高劑量 300U/Kg 每週 3 次；Darbepoetin alfa (如 Aranesp) 初劑量 2.25mcg/kg，每週 1 次，最高劑量 4.5mcg/kg，每週 1 次。

(3)符合下列情形之病人，應即停止使用本類藥品之：

I. Hb 超過 10 gm/dL (Hb > 10 gm/dL)。

II. 於接受治療第 6 週到第 8 週內若 Hb 之上升值未達 1。

(4) 每次療程最長 24 週。

4.1.2 G-CSF (filgrastin inj 如 Filgrastin; lenograstin inj 如 Granocyte) (85/10/1) (93/4/1) (96/1/1)：

1. 限

(1) 用於造血幹細胞移植患者。

(2) 血液惡性疾病接受靜注化學治療後。

(3) 先天性或循環性中性白血球低下症者(當白血球數量少於 1000/cumm，或中性白血球(ANC)少於 500/cumm)。

(4) 其他惡性疾病患者在接受化學治療後，曾經發生白血球少於 1000/cumm，或中性白血球(ANC)少於 500/cumm 者，即可使用。(96/1/1)

(5) 重度再生不良性貧血病人嚴重感染時使用，惟不得作為此類病人之預防性使用(86/9/1)。

(6) 化學治療，併中性白血球缺乏之發燒，若中性白血球小於 100/cumm、癌症不受控制、肺炎、低血壓、多器官衰竭或侵犯性黴菌感染等危機程度高之感染。

(7) 對於骨髓造血功能不良症候群(MDS)的病人，若因嚴重性的中性白血球過低(ANC < 500/cumm)而併發感染時，可間歇性使用 G-CSF，但不得作為長期且常規性使用。

(8) 週邊血液幹細胞的趨動——不論在自體或異體幹細胞的收集，應於收集前之 4~5 日開始皮下注射 G-CSF，其劑量為 10 μ g /KG/day。

2. 患者如白血球超過 4000/cumm，或中性白血球超過 2000/cumm 時，應即停藥。惟當預估其骨髓功能不易恢復時，雖其血球已達上述標準，仍可給予半量之治療，若仍可維持血球數，則可給予四分之一劑量，若仍可維持血球數，則停用。任何時候，若白血球或中性白血球數過度增高，即應停藥。

4.2. 血液代用製劑及血液成分製劑 blood substitutes and blood components

4.2.1. Human Albumin：

1. 本保險對象因病使用 Human Albumin 以符合下列適應症為限(96/06/01)：

(1) 休克病人擴充有效循環血液量

I. 休克病人至少已給生理鹽水或林格爾液等晶類溶液 1000 mL 後尚不能維持穩定血流動態，血比容(hematocrit) > 30 %，或血色素(hemoglobin) > 10 gm/dL 須要繼續靜脈輸液時，宜優先使用合成膠類溶液，如 dextran、hydroxyethylstarch、polyvinylpyrrolidone 等。若無上述合適製劑，可給白蛋白溶液，每一病人用量限 50 gm (86/1/1)。

II 70 歲以上老人及二歲以下幼兒或併有心衰竭的休克病人，無法忍受太多靜脈輸液時，可一開始即使用白蛋白溶液，每一病人用量限 50 gm。

(2) 病危、有腹水或水腫併有血清白蛋白濃度偏低病人

I 血清白蛋白濃度低於 2.5 gm/dL

- i. 肝硬化症(有相當之腹水或併發水腫)每日最多用量限 25 gm。
- ii. 腎病症候群(嚴重蛋白尿致血清白蛋白下降)，每日最多用量限 25 gm。
- iii 嚴重燒燙傷。
- iv 肝移植。

II 血清白蛋白濃度低於 3.0 gm/dL (96/06/01)

- i 嚴重肺水腫。
- ii 大量肝切除 (>40 %)

III 開心手術用於維持體外循環液，用量限 37.5 gm。

2. 注意事項

(1) 血清白蛋白濃度檢驗日期限最近三天以內，如係多次注射，限上次注射後，最近三天內之結果。

(2) 醫院於病例發生時，應填寫「全民健康保險病人使用 Human Albumin 申報表」(請詳附表四)，並附原始治療醫囑單於當月份申報醫療費用時送局辦理。

4.2.2. 活化的第七因子(rVIIa, 如 NovoSeven)和活化的凝血酶原複合物濃縮劑(Activated PCC, APCC, 如 Feiba)：(88/6/1、93/7/1、94/2/1)

1. 缺乏第七凝血因子之病患：

可以使用 rVIIa 10~20 μ g/kg IV，q 2~3 hr，1~3 劑至止血為止。

2. 發生第八因子抗體之 A 型血友病患者：

(1) 低反應者(low responder) - 指第八(或第九)因子抗體力價平常 ≤ 5 BU/ml 以下，再注射第八(或第九)因子後不會有記憶性

反應。 使用平常治療沒有抗體病人出血時兩倍劑量的第八因子，可以加上適當的抗纖維蛋白溶解劑。如無效可以改用下述(2)之方法。

(2)高反應者(high responder) – 指第八(或第九)因子抗體力價平常 >5 BU/ml 以上，即使降到 <5 BU/ml 以下，如再注射第八(或第九)因子都會有記憶性反應。

I. 出血時抗體 ≤ 5 BU/ml：

i.輕度出血時：使用 rVIIa $70\sim 90\ \mu\text{g/kg IV}$ ，q 2 hr，1~3 劑或 APCC $50\sim 100\ \text{U/kg IV}$ ，q6-12h，1~4 劑量。

無效時改用下述 ii 之方法。

ii.嚴重出血時：使用第八因子 $100\ \text{U/kg IV bolus}$ ，然後第八因子 $5\sim 10\ \text{U/kg/hr IV inf.}$ 或第八因子 $100\ \text{U/kg IV q8-12 hr}$ ，至 5 天，可以加上適當的抗纖維蛋白溶解劑。

無效時可使用下述 II 之方法。

II. 出血時抗體 >5 BU/ml：

i. rVIIa $70\sim 90\ \mu\text{g/kg IV}$ ，q 2 hr，3 劑量或至止血為止，可以加上適當的抗纖維蛋白溶解劑或 APCC $50\sim 100\ \text{U/kg IV}$ ，q6-12h，3~4 劑量或至止血為止。

如都無效則改用下述 ii。

ii.可改用體外吸收抗體的方式(如 protein A)或 Plasmaphoresis，去除大部分抗體後，再大量使用第八因子。

(3)手術時：

I 術前開始，術中及術後兩天 rVIIa $70\sim 90\ \mu\text{g/kg IV}$ ，q2 ~3 hr。

II 術後第三天至傷口癒合，rVIIa $70\sim 90\ \mu\text{g/kg IV}$ ，q 3 ~ 6 hr。

III.或術前，術中及術後至傷口癒合 APCC $50\sim 100\ \text{U/kg IV}$ ，q6-12hr，需留心病人有無過高凝血現象發生。

3. 發生第九因子抗體之 B 型血友病患者。

(1) 對第九因子沒有過敏反應者：

I.低反應者($\leq 5\text{BU/ml}$)：使用平常劑量兩倍的第九因子。

II.高反應者，出血時抗體在 $\leq 5\text{BU/ml}$ ：使用第九因子 200U/kg IV q12-24hr,2-3 天或至止血為止。

I. II.無效時可使用下述 III。

III.高反應者出血時抗體 $>5\text{BU/ml}$ ：使用 rVIIa $70\sim 90\ \mu\text{g/kg IV}$ q2h, 3 劑量或至止血為止或 APCC $50\sim 100\text{U/kg IV}$ q6-12hr,4 劑量或至止血為止，需留心記憶性反應。

(2) 對第九因子有過敏反應者：

I. 不能使用第九因子或 APCC。

II. 只能使用 rVIIa 70-90 μ g/kg IV q2h, 3 劑量或至止血為止。

4. 凡使用 rVIIa、APCC 之申請給付案件，均需由醫療機構詳細填具事後申報表(附表五)，俾利本局以電腦勾稽方式事後逐案審查。

備註：APCC, 如 Feiba, 應依藥品仿單記載, 每次使用劑量勿超過 100U/kg，每日劑量勿超過 200U/kg。(94/2/1)

4.3 其他

4.3.1 deferasirox (如 Exjade)：(96/7/1)：

限用於治療因輸血而導致慢性鐵質沉著症（輸血性血鐵質沉積）的成年人及 2 歲以上兒童患者且符合下列條件之一者：

1. 重型海洋性貧血或骨髓造血功能不良症候群、再生不良性貧血患者。
2. 需長期輸血治療且已併有鐵質沉積之患者，則在患者血清內鐵蛋白 (Ferritin) >2000ug/L 時使用。

第 5 章 激素及影響內分泌機轉藥物 Hormones & drugs affecting hormonal mechanism

5.1. 口服降血糖劑 Oral hypoglycemic drugs

- 5.1.1. acarbose (如 Glucobay) (86/1/1、87/4/1、89/6/1、91/7/1)
限用於非胰島素依賴型糖尿病之治療。
- 5.1.2. guar gum (如 Guarina gr ; Guarem)
限糖尿病例治療使用。

5.2. 雄性激素類製劑與同化作用類固醇及其拮抗劑 Androgens and anabolic steroids and antagonists

- 5.2.1. danazol 限下列病例使用 (86/1/1)
 - 1. 子宮內膜異位。
 - 2. 纖維性囊腫乳房性疾患。
- 5.2.2. finasteride (如 Proscar tab) ; dutasteride (如 Avodart Soft Capsules) (86/1/1、87/4/1、93/10/1) :
 - 1. 限良性前列腺肥大且有阻塞症狀，經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 測量前列腺大於 20 公克或最大尿流速 (Qmax) 小於 15 ml/sec 之病人，前列腺特異抗原 (PSA) 高於正常值之病人，需經病理診斷無前列腺癌方可使用。
 - 2. 服藥後第一年，每半年需作直腸超音波前列腺掃描或尿流速儀 (uroflow-metry) 檢查，須證明前列腺有縮小或尿流速有增加，方得繼續使用。
- 5.2.3 . flutamide (如 Fugerel) ; buserelin (如 Supremon inj、nasal sol'n) : (90/8/1)
 - 1. 晚期 (包括 T3、淋巴腺轉移、器官轉移) 之腫瘤。
 - 2. 攝護腺癌病人接受根治性攝護腺切除手術治療後，PSA 逐漸升高有局部復發或遠處轉移之情況。
 - 3. 癌症臨床期別為 T2、T3，準備接受根治性攝護腺切除手術治療或其他定效治療，包括 irradiation 之前為求 tumor volume reduction，作為 neoadjuvant 治療之目的。
- 5.2.4 bicalutamide (如 Casodex tab) : (89/10/1)
限用於與 LHRH 類似劑療法或手術去勢療法併用於進展性攝護腺癌。

5.3. 動情激素、黃體激素及治療不孕症藥物 Estrogens, progestins & drugs used for infertility

5.3.1. Estradiol 之經皮吸收製劑：

5.3.1.1. Estraderm TTS ; Oestro V.T(93/5/1)

限不能口服本品患者使用，申報費用時應具體說明不能口服之理由。

5.3.1.2. estradiol 3.8mg/12.5cm/patch (如 Climara 50 Transdermal Patch) 之給付規定：(90/4/1) 限每週一片。

5.3.2. FSH (pure FSH)用於誘發排卵時，限 hypothalamus failure(下視丘功能衰竭)患者，事前專案報准後使用(85/1/1)。

5.3.3. HMG 用於誘發排卵時，限 hypothalamus failure(下視丘功能衰竭)患者，事前專案報准後使用(85/1/1)。

5.3.4. Utrogestan Cap：限用於

1. 黃體期缺陷之補充

2. 孕婦須使用 progesterone 之病例。

5.4. 作用於腦下腺前葉與下視丘的藥物 Drugs related to anterior pituitary & hypothalamic function

5.4.1.1 生長激素(Somatropin)：

1. 限生長激素缺乏症及透納氏症候群患者使用。

2. 限由醫學中心或區域醫院具小兒內分泌或新陳代謝專科醫師診斷。
(94/6/1)

3. 生長激素缺乏症必須符合下列一至三項(全部)或第四項之診斷。

(1) 施行 insulin, clonidine, L-Dopa (with or without propranolol), glucagon, arginine 檢查，有兩項以上之檢查生長激素值皆小於 10 ng/mL 或 20 mU/L。

(2) 生長速率一年小於四公分或身高低於第三百分位，需具醫療機構之身高檢查每隔兩個月一次，至少六個月以上之紀錄。

(3) 骨齡比實際年齡遲緩至少二個標準誤差(請檢附骨齡X光檢查報告)。

(4) 生長激素缺乏導致新生兒低血糖或蝶鞍附近顱內腫瘤所致之生長激素缺乏，則不受 2、3 之限制。

(5) 為避免使用過量導致副作用，請參照推薦劑量 0.18 mg/kg/wk (0.48 IU/kg/wk)投藥，如病情特殊，治療劑量亦請不得超過 0.3 mg/kg/wk (0.8 IU/kg/wk)或 20 IU/m²/wk。

- (6)個案治療前請檢附相關資料包括診斷檢查報告、療程、藥品劑量之治療計畫。並經事前審查核准後使用。每半年須重新於醫學中心或區域醫院進行評估身高一次，年生長速率必須比治療前多二公分以上。每一年評估骨齡一次（請檢附骨齡X光片）。女性至骨齡十四歲，男性至骨齡十六歲為治療之最後期限。(94/6/1)

4. 透納氏症候群病人使用生長激素治療的原則：

- (1)診斷：X染色體部分或全部缺乏。(請檢附檢查報告)
- (2)病人無嚴重心臟血管、腎臟衰竭等危及生命或重度脊椎彎曲等影響治療效果的狀況。
- (3)開始治療條件：
 - I 年齡至少六歲。
 - II 身高低於第三百分位以下且生長速率一年小於四公分，須具醫療機構身高檢查，每隔三個月一次，至少一年以上之記錄。
 - III 骨齡 \leq 14 歲（請檢附骨齡X光片）
- (4)治療劑量：不超過 1 IU/kg/wk 或 0.375 mg/kg/wk。
- (5)繼續治療條件（每年評估一次）：
 - I 骨齡 \leq 14 歲。
 - II 第一年生長速率比治療前增加至少 2 公分/年。
 - III 第二年開始，生長速率至少 4 公分/年。

5.4.1.2 生長激素（Genotropin）用於治療普瑞德威利氏症候群（Prader-Willi Syndrome）患者時：(93/5/1)

1. 限用於經由醫學中心或區域醫院小兒或內分泌專科醫師具小兒遺傳或小兒內分泌專長醫師診斷確認，且患者之骨齡男性 \leq 16 歲、女性 \leq 14 歲之病患。
2. 治療期間發生下列情形應停止治療：發生糖尿病、或其他嚴重副作用時。
3. 建議治療劑量：給予每天 0.1 IU/kg（約等於 0.035mg/kg）之生長激素治療。
4. 治療時注意事項：
 - (1)應於開始治療之前及每三至六個月定期監測血糖及血脂檢查 (Lipid profile) 等臨床生化指標、重高指數變化、活動力與肌肉張力、Sleeping Study。治療一年後測量身體組成 Body Composition (DXA)、骨齡 X 光片。
 - (2)普瑞德威利氏症候群患者容易發生睡眠窒息，這種現象或許治療後可減輕。最近發現年幼之患者可能因為一般之上呼吸道

感染而引發猝死，也曾經發生在生長激素治療中的病人身上。
目前並不清楚生長激素治療是否會改變猝死的發生，故不論是否接受治療，都需要提醒普瑞德威利氏症候群年幼患者之家長，在患者有呼吸道問題時需要特別的注意。

5.4.2. bromocriptine：

如用於產後正常性泌乳之抑制，不予給付。

5.4.3. octreotide inj (如 Sandostatin inj)限：(87/11/1)

1. 對手術、放射線療法或 dopamine 作用劑療法控制無效的肢端肥大症患者。
2. 預防胰臟手術後的併發症，最長使用七天。
3. 使用於胃、食道靜脈曲張出血，最長以三天為原則。

5.4.4. octreotide 長效型注射劑 (如 Sandostatin LAR Microspheres for Injection)：(89/7/1)

1. 對手術、放射線療法或 dopamine 作用劑療法控制無效的肢端肥大症患者。
2. 治療患有功能性胃、腸、胰內分泌腫瘤且症狀已受到 octreotide 皮下注射治療並得到良好控制的患者。
3. 需個案事前報准後使用，每次注射以 20mg 為原則，每次注射需間隔四週。
4. 若因病情需要超過使用量，應於病歷詳細紀錄以備查核。

5.4.5. somatostatin：(87/11/1、89/5/1)

1. 預防胰臟手術後的併發症，最長使用五天。
2. 使用於胃、食道靜脈曲張出血最長以三天為原則。
3. 嚴重性急性消化性潰瘍出血，急性之糜爛或出血性胃炎之急性嚴重出血，經內視鏡處理同時經氫離子幫浦阻斷劑或乙型組織胺受體阻斷劑注射治療仍不能止血，且不適合外科手術者，得使用本品作為輔助治療三天。

5.4.6 lanreotide inj 30mg/vial (如 Somatuline)：(88/6/1、89/5/1、93/12/1)

1. 限使用於對手術、放射線療法或 dopamine 作用劑療法控制無效的肢端肥大症病患。
2. 類癌瘤患者，限無法外科手術者。孕婦、小兒不得使用。(93/12/1)

5.4.7 cabergoline(如 Dostinex Tab.)：(91/6/1)

1. 限用於高乳促素血症引起之狀況。
2. 如用於產後正常性泌乳之抑制，不予給付。

5.5. 其他 Miscellaneous

5.5.1. Gn-RH analogue (如 Buserelin ; Goserelin ; Leuporelin ; Triptorelin ; Nafarelin(acetate)等製劑) (92/1/1、93/4/1、95/4/1)

1. 限用於前列腺癌、中樞性早熟及停經前(或更年期前)之嚴重乳癌病例，需經事前審查核准後使用 (85/1/1)。
2. 本類製劑用於中樞性早熟、乳癌及子宮內膜異位症病例應以衛生署已許可適應症之藥品為限，且依下列規範使用：

(1)中樞性早熟

I 診斷：中樞性早熟 (central precocious puberty, CPP) LHRH 測驗呈 LH 反應最高值 ≥ 10 mIU/mL 且合併第二性徵。包括特發性(Idiopathic CPP, ICPP)和病理性(Pathologic CPP, PCPP)

II 治療條件：

- i. 年齡：開始發育的年齡，女孩 \leq 七歲，男孩 \leq 八歲。
- ii. 骨齡加速：較年齡至少超前二年。
- iii. 預估成人身高須兼具下列 3 條件：(95/4/1)
 - a. 女 \leq 一五三公分，男 \leq 一六五公分
 - b. 比標的身高 (target height, TH) 至少相同或較矮；TH=【父親身高+母親身高+11 (男) -11 (女)】 $\div 2$ 。
 - c. 在追蹤六至十二個月期間，骨齡增加與年齡增加比率 ≥ 2.0 ，且預估身高(PAH)減少至少五公分。
- iv. PCPP 中合併中樞神經疾病者，不受 ii、iii 之限制。

III 治療劑量及使用法：

GnRH analogue 最高 3.75 mg，每三至四週注射一次(途徑依藥廠規定)

IV 治療監測：

身高和體重至少每三個月測量一次，骨齡至少每六至十二個月測定一次。

V 繼續治療條件：

- i. 生長速率 ≥ 2 公分／年，
- ii. 骨齡：女小於十四歲，男小於十五歲。

VI 使用醫師：限小兒內分泌或新陳代謝專科醫師。

VII 限區域醫院以上層級之醫院使用。

- (2) 停經前 (或更年期前) 之嚴重乳癌，須完全符合以下三點：(86/9/1)

I 荷爾蒙接受體陽性。

II 不適合接受卵巢切除。

III 無法忍受其他荷爾蒙製劑(tamoxifen、megestrol 等)，且為停經前婦女有轉移性乳癌者。

3. 本品使用於子宮內膜異位症之規定：(87/10/1)

(1)經客觀診斷之第二期(含)以上子宮內膜異位症(AFS 修訂之評分標準(以下簡稱 rAFS)，須附手術紀錄及病理報告證明)；且符合下列各項條件之一者，需經事前審查核准後使用 GnRH analogue。

I 肝機能不全 (ALT 或 AST 大於正常值三倍)、腎功能不全 (creatinine > 2 mg %)、鬱血性心臟病，不適用各種荷爾蒙藥物治療者。

II 曾使用各種荷爾蒙藥物治療，引起藥物過敏或不可逆之藥物不良反應者。

(2)前項藥物治療以連續六個月為上限。

5.5.2. 抑鈣激素製劑(Salmon calcitonin nasal spray, injection)

限惡性疾病之高血鈣症或變形性骨炎(Paget's disease)或停經後骨質疏鬆症引起之骨折(85/10/1、93/8/1)。

5.5.3. bisphosphonate

5.5.3.1 alendronate (如 Fosamax)：(87/11/1、91/7/1、91/10/1、93/8/1)

1. 需同時符合下列各項規定者：

(1)停經後婦女或男性因骨質疏鬆症引起之脊椎壓迫性骨折或髌骨骨折病患(需於病歷詳細記載)。(93/8/1)

(2)血清肌酸酐(serum creatinine)小於或等於 1.6mg/dl 的患者。

2 本藥品不得併用 calcitonin、raloxifene 及活性維生素 D3 等藥物。

5.5.3.2 clodronate ; pamidronate：(85/1/1、87/4/1、93/2/1、96/01/1) 限符合下列條件之一患者使用：

1. 血清鈣濃度超過 2.75 mmol/L (11.0mg %)或游離鈣大於 5.6 mg %之病例。

2. 惡性腫瘤之蝕骨性骨頭轉移之病患，在使用嗎啡、可待因等止痛劑後仍不易控制者。

3. Multiple Myeloma, Breast Cancer, Prostate Cancer 病人併有蝕骨性骨轉移之病患(96/01/1)。

5.5.3.3 zoledronic acid(如 Zometa)：(93/6/1、93/12/1、96/01
限符合下列條件之一患者使用：

1. 用於治療惡性腫瘤之高血鈣併發症(HCM)，且限用於血清鈣濃度超過 2.75 mmol/L (11.0mg/dl)或游離鈣大於 5.6 mg/dl 之病例(93/6/1)。
2. Multiple Myeloma, Breast Cancer, Prostate Cancer 病人併有蝕骨性骨轉移之病患(96/01/1)。

5.5.3.4 etidronate (如 Etibon)：(87/10/1)

限用於 Paget' s disease 之症狀治療及異位性骨化症之治療。

5.5.3.5 risedronate sodium (如 Actonel) (94/4 /1)

1. 需同時符合下列各項規定：

- (1)停經後婦女因骨質疏鬆症引起之脊椎壓迫性骨折或髖骨骨折病患（需於病歷詳細記載）。
- (2)血清肌酸酐(serum creatinine)小於或等於 1.6mg/dl 的患者。

2. 本藥品不得併用 calcitonin、raloxifene 及活性維生素 D3 等藥物。

5.5.4. raloxifene hydrochloride(如 Evista 60mg Tablets)：(90/4/1、91/10/1)

1. 停經後婦女因骨質疏鬆症引起之脊椎壓迫性骨折或髖骨骨折病患（需於病歷詳細記載）。
2. 每日最大劑量 60mg。
3. 本藥品不得併用 bisphosphonates、calcitonin、活性維生素 D3 等藥物及雌激素等藥物

5.5.5 teriparatide (如 Forteo 注射劑) (94/5/1)

1. 適用於因嚴重骨質疏鬆症而造成二個(含)以上脊椎或一個髖骨骨折之患者。
2. 使用期限不得逾 18 個月。
3. 以 X 光或 DXA 形態測定時，應將壓迫性程度記錄於報告中。
4. 本藥品不得併用 bisphosphonates、calcitonin、raloxifene 及活性維生素 D3 等藥物併用。

5.5.6. rasburicase (如 Fasturtec 注射劑) (93/5/1)

1. 限用於血液腫瘤（急性白血病和 high grade 淋巴瘤）患者之下列情形：

- (1). 治療前或療程開始後，血清尿酸值成高於 10mg/dl；兒童高於 8mg/dl 者。
 - (2). 有心臟或腎臟衰竭，無法忍受大量靜脈輸液者。
 - (3). 對 allopurinol 過敏者。
2. 使用以每日一至二劑並以三日為限。
- 5.5.7. iloprost (如 Ventavis Nebuliser Solution) : (95/1/1)
- 1. 限用於原發性肺動脈高血壓之治療。
 - 2. 須經事前審查核准後使用。

第 6 章 呼吸道藥物 Respiratory tract drugs

6.1. 吸入劑 Inhalants

1. 乙二型擬交感神經劑 ($\beta 2$ -agonists)、抗膽鹼劑 (anticholinergics)、類固醇藥物吸入劑 (steroid inhalants) 等，依「成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」(91/8/1)及「兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」規定辦理；呼吸道藥物複方製劑比照辦理。
2. formoterol fumarate dihydrate(如 Oxis Turbuhaler)，依「成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」(91/8/1)及「兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」規定辦理。

6.2. 其他 Miscellaneous

6.2.1. surfactant (如 Exosurf ; Survanta) : (85/1/1)

1. 新生兒 hyaline membrane disease 引起的呼吸窘迫症候群 (respiratory distress syndrome)。
2. 治療條件：患有 hyaline membrane disease 引起呼吸窘迫症候群的新生兒，須使用人工呼吸器，且 FIO₂ 設定於 40 %以上，仍無法維持 blood gas PaO₂ 大於 80 mmHg 以上或 O₂ artery/O₂ alveoli 小於 0.2，並排除其他原因，如肺炎所引起的呼吸窘迫情況。
3. 使用時機：出生後 48 小時內最多使用 4 劑量，第一劑量建議在出生後 8 小時內使用。

6.2.2. loratadine syrup (如 Clarityne) : (88/6/1)

依全民健康保險藥品給付規定之通則八(小兒科或施行管灌飲食等不適合服用錠劑之病人，得依病情需要使用內服液劑。)使用本項藥品。

6.2.3. zafirlukast (如 Accolate tabs) : (88/8/1, 90/1/1 修訂)

1. 限用於成人「輕度至中度持續支氣管哮喘」疾患。
2. 病歷上應詳細記載上個月發作次數、頻率及 PFR 值之變化。
3. 每月最大量限六十粒。
4. 本品項不得與 cromoglycate 或 ketotifen 併用。

6.2.4. montelukast sodium (如 Singulair Coated Tab, Singulair Chewable Tabs) : (90/7/1)

1. 限用於六歲以上之小兒及成人「輕度至中度持續性支氣管哮喘」疾患。
2. 病歷上應詳細記載上個月發作次數、頻率及 PER 值之變化。

3. 每月最大量限三十粒。

4. 本品項不得與 cromoglycate 或 ketotifen 併用。

※「輕度持續支氣管哮喘(mild persistent asthma)」之定義：

(1)氣喘發作次數每週多於一次，但並非每天發作。

(2)發作時會影響日常生活及睡眠。

(3)夜晚發作次數每月多於二次。

(4)尖峰呼氣流速(PFR)或第一秒呼氣量大於 80 %預測值；每日變異值為 20-30 %。

6.2.5. montelukast sodium 4mg (如 Singulair Chewable Tab.4mg)：
(92/1/1)

1. 限用於二歲~五歲嬰幼兒「輕度至中度持續性支氣管哮喘病患」。

2. 病歷上應詳細記載上個月發作次數、頻率。

3. 每月最大量限三十粒。

4. 本品項不得與 cromoglycate 或 ketotifen 併用

全民健康保險呼吸道疾患吸入製劑給付規定表

	固定劑量吸入劑 (MDI)(91/8/1)	粉狀吸入劑 (DPI)	液態吸入劑(nebulizer)
乙二型擬交感神經劑 (β_2 -agonists)	一、一般使用頻率每日四到六次。 二、每月最大劑量為 180 劑(puff)。 三、不建議長期規則使用。 四、長效劑型每日兩次(BID)，限中度持續性以上之哮喘及中等嚴重以上之慢性阻塞性肺疾病患者使用，不建議急性發作時使用，每月至多使用一支，開立時病歷上應詳細記載氣喘發作狀況及尖峰呼氣流速之數據。	使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑(MDI)。	一、阻塞性肺疾病急性發作時，每 20 分鐘至一小時使用一次。 二、急性症狀消失後恢復為每日四到六次。 三、視情況繼續居家使用，每次處方以一週為限。 四、每月最大劑量為 60 小瓶(vial)。
抗膽鹼劑 (anticholinergics)	一、一般性使用為每日四到六次。 二、每月最大劑量為 180 劑(puff)。 三、如配合儲備艙(spacer)或間歇液態吸入劑的使用，則每月使用劑量可以降低。		一、阻塞性肺疾病急性發作時，每 20 分鐘至一小時使用一次。 二、急性症狀消失後恢復為每日四到六次。 三、視情況(*)繼續居家使用，每月最大劑量為 120 小瓶(vial)。
類固醇藥物吸入劑 (steroid inhalants)	一、維持劑量視個人而定，一般建議為每日 200-800 mcg。 二、病況不穩時可加倍劑量，三到五日後回復到 200-800 mcg 的建議維持劑量。 三、最大處方量每個月兩瓶，須註明上次取藥日期。	使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑(MDI)。	一、阻塞性肺疾病併有其他不適合口服、靜脈注射的狀況、具有人工呼吸道需要使用類固醇的狀況。 二、拔管後、使用固定劑量吸入劑或粉狀吸入劑效果不彰、或使用技巧無法配合等狀況使用。 三、適應症或狀況消失後應儘速改用其他劑型，一般使用以不超過一週為原則。

***小容積化霧器或液態吸入劑**

- 一、病人被判斷為無法有效地操作固定劑量吸入劑(MDI)裝置
- 二、病患肺活量低於 $7 \text{ mL} \times 1.5/\text{kg}$ 或吸氣流量(inspiratory flow)低於每分鐘 30 公升，或停止呼吸之能力低於 4 秒時。
- 三、使用固定劑量吸入劑之病患，反覆發作急性呼吸道阻塞損及使用此裝置之能力。
- 四、使用固定劑量吸入劑或粉狀吸入劑(DPI)效果並不理想時，亦可使用小容積化霧器或液態吸入劑，惟必須定期評估。

全民健康保險兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表

	固定劑量吸入劑(MDI)	粉狀吸入劑(DPI)	液態吸入劑(nebulizer)
乙二型擬交感神經劑 (β_2 -agonists)	<p>一、需要時才使用，不建議長期規則使用。</p> <p>二、每日最多六次(puffs)，每月最多一百次。</p> <p>三、長效劑型每日一至兩次(BID)，急性發作不建議使用。</p>	使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑(MDI)。	<p>一、阻塞性肺病(如氣喘、哮喘等)急性發作時，每二十分至二小時使用一次。</p> <p>二、急性症狀緩解後治療，有需要才使用，每日最多六次，每月最高用量三十次。</p> <p>三、氣喘病人可合併使用吸入性類固醇，可減少長期使用。</p> <p>四、視情況居家使用，以二天為限。</p>
抗膽鹼劑 (anticholinergics)	<p>一、一般性使用為每日四到六次。</p> <p>二、每月最大用量一百次，配合 spacer 使用，使用劑量可以降低。</p>		<p>一、阻塞性肺病(如氣喘、哮喘等)急性發作時，每二十分至二小時使用一次。</p> <p>二、沒有急性重症發作時，每月用量三十次以內。</p>
類固醇藥物吸入劑 (steroid inhalants)	<p>一、有需要應規則使用，配合簡易尖峰吐氣量計(PEFR)調整。</p> <p>二、維持劑量在每日50-800 mcg。</p> <p>三、每月最大用量一至二瓶。</p>	使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑(MDI)。	<p>一、阻塞性肺病(如氣喘、哮喘等)急性發作，在確定診斷下，每十二小時使用一劑(0.05mg/kg，上限2mg/次)。</p> <p>二、拔管前後之病人，亦適合使用，不超過二天。</p> <p>三、使用一至三天後，應轉成其他MDI劑型使用。超過三天使用，應說明理由。</p>

*MDI 使用於年紀小者，可配合 spacer 或 aerochamber 使用。

第 7 章 腸胃藥物 Gastrointestinal drugs

7.1. 消化性潰瘍用藥：

1. 藥品種類：

(1) 制酸懸浮劑：

各廠牌瓶裝、袋裝制酸懸浮劑及袋裝顆粒制酸劑。

(2) 乙型組織胺受體阻斷劑：

各廠牌乙型組織胺受體阻斷劑之口服製劑與針劑。

(3) 氫離子幫浦阻斷劑：

各廠牌氫離子幫浦阻斷劑。

(4) 細胞保護劑：如 gefarnate、cetraxate、carbenoxolone 等。

(5) 其他消化性潰瘍用藥：

dibismuth trioxide, sucralfate, pirenzepine HCl, Gaspin, Caved-S, misoprostol, proglumide 及其他未列入之同類藥品，價格與其相當者比照辦理。

2. 使用規定：

(1) 使用於治療活動性 (active) 或癒合中 (healing) 之消化性潰瘍及逆流性食道炎。(92/10/1)

(2) 癒痕期 (scar stage) 之消化性潰瘍復發預防，其劑量依照醫理減量使用。

(3) 消化性潰瘍及逆流性食道炎符合洛杉磯食道炎分級表 (The Los Angeles Classification of Esophagitis※備註) Grade A 或 Grade B 者，欲使用消化性潰瘍用藥，其使用期間以四個月為限，申報費用時需檢附四個月內有效之上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告，其針劑限使用於消化道出血不能口服之病人急性期替代療法。(92/10/1)

(4) 經上消化道內視鏡檢查，診斷為重度逆流性食道炎，且符合洛杉磯食道炎分級表 (The Los Angeles Classification of Esophagitis※備註) Grade C 或 Grade D 者，得經消化系專科醫師之確認後可長期使用消化性潰瘍用藥一年。另外，下列病患得比照辦理：(92/10/1)

I 胃切除手術縫接處產生之潰瘍

II 經消化系專科醫師重覆多次 (三次以上) 上消化道內視鏡檢查確認屬難治癒性之潰瘍。經診斷確定為 Zollinger-Ellison 症候群之病患，得長期使用氫離子幫浦阻斷劑而不受一年之限制。

(5) 需使用 NSAIDs 而曾經上消化道內視鏡或 X 光攝影證實有過潰瘍，得

於使用 NSAIDs 期間內，經消化系專科醫師之確認後可使用消化性潰瘍用藥。(92/10/1)

(6)對於症狀疑似逆流性食道炎之患者，但其上消化道內視鏡檢查無異常，若欲使用消化性潰瘍用藥，則需檢附其他相關檢查（如 24 小時 pH 監測）的結果。(92/10/1)

(7)消化性潰瘍穿孔病人經手術證實者，且所施手術僅為單純縫合，未作胃酸抑制相關手術者，可檢附手術記錄或病理檢驗報告，申請使用消化性潰瘍用藥，但以四個月內為限，如須繼續使用，仍請檢附胃鏡檢查或上腸胃道 X 光檢查四個月內有效報告影本。(92/10/1)

(8)嚴重外傷、大手術、腦手術、嚴重燙傷、休克、嚴重胰臟炎及急性腦中風者為預防壓力性潰瘍，得使用消化性潰瘍藥品。此類藥物之針劑限使用於不能口服之前述病患短期替代療法。

(9)消化性潰瘍病患得進行初次幽門螺旋桿菌消除治療，使用時須檢附上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告並註明初次治療。(92/10/1)

(10)幽門螺旋桿菌之消除治療療程以二週為原則，特殊病例需延長治療或再次治療，須檢附相關檢驗報告說明理由。

(11)下列病患若因長期服用 NSAID 而需使用前列腺素劑（如 misoprostol），得免附胃鏡報告，惟需事前報准後使用：

I 紅斑性狼瘡。

II 五十歲以上罹患類風濕性關節炎或僵直性脊椎炎之病患。

備註：

1. The Los Angeles Classification of Esophagitis

Grade A: One or more mucosal break, each $\leq 5\text{mm}$ long, confined to the mucosal folds。

Grade B: One or more mucosal break $> 5\text{mm}$ long, confined to the mucosal folds but not continuous between the tops of two mucosal folds。

Grade C: One or more mucosal break continuous between the tops of two or more mucosal folds but which involve less than 75% of the esophageal circumference。

Grade D: Mucosal breaks which involve less than 75% of the esophageal circumference。

2. 醫療院所使用單價新台幣四元(含)以下之消化性潰瘍用藥時，得由醫師視病情決定是否需要上消化道內視鏡檢查。(92/10/1)

7.2. 止吐劑 Antiemetic drugs

- 7.2.1. serotonin antagonists (如 ondansetron ; granisetron ; tropisetron 等)

(93/2/1、93/9/1)

1. 血液幹細胞移植患者接受高劑量化學治療時。
2. 惡性腫瘤患者及風濕免疫疾病(如紅斑性狼瘡、類風濕性關節炎、貝西氏症、皮肌炎/多發性肌炎、硬皮症、血管炎等)患者依下述情形使用：
 - (1) 前述患者處方高致吐性藥品，可預防性使用 ondansetron 8~32mg、granisetron 1~3mg、tropisetron 5mg 一日劑量。必要時其使用以不得超過五日為原則。若發生嚴重延遲性嘔吐，得直接使用，每療程使用不得超過五日為原則。
 - (2) 前述患者處方中致吐性藥品，可預防性使用 ondansetron 8~32mg、granisetron 1~3mg、tropisetron 5mg 一日劑量。若發生嚴重延遲性嘔吐，使用 dexamethasone 及 metoclopramide 無效之病例，每療程使用以不得超過五日為原則。病歷須有使用 dexamethasone 及 metoclopramide 無效之記錄。
3. 接受腹部放射照射之癌症病人，得依下列規範使用 ondansetron、granisetron 等藥品：(93/9/1)
 - (1) total body or half body irradiation
 - (2) pelvis or upper abdominal region of single irradiation dose > 6 Gy
 - (3) 腹部放射治療中產生嘔吐，經使用 dexamethasone、metoclopramide 或 rochlorperazine 等傳統止吐劑無效，仍發生嚴重嘔吐之患者。

備註：

1. 高致吐性藥品：cisplatin(>50mg/m²/day)，carmustine(≥250mg/m²/day)，cyclophosphamide(>1500mg/m²/day)，methotrexate(≥1.2gm/m²/day)。
2. 中致吐性藥品：cisplatin(≥30mg/m²/day，≤50mg/m²/day)，carmustine(<250mg/m²/day)，cyclophosphamide(≤1500mg/m²/day)

，doxorubicin($\geq 45\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)，epirubicin ($\geq 70\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)，CPT-11，idarubicin($\geq 10\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)，daunorubicin($\geq 60\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)，dactinomycin(actinomycin-D)，arsenic trioxide，melphalan ($\geq 50\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)，cytarabine，carboplatin，oxaliplatin，ifosfamide，mitoxantrone，dacarbazine 且其使用劑量為一般公認治療劑量或上述規定劑量時。

3. 血液腫瘤病患接受化學治療，須使用前述中、高致吐性抗癌藥品時，得依患者接受抗癌藥品實際使用天數使用本類製劑。(93/9/1)

7.2.2. neurokinin-1 receptor antagonist (如 aprepitant) (94/10/1)

1. 使用高致吐性藥品後，引起急性或延遲性噁心嘔吐，且使用 dexamethasone 及 5-HT₃ 之藥物無效。

2. 限用三天，除第一天外，不得併用 5-HT₃ 之藥物。

備註：

高致吐性藥物：cisplatin($>50\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)，carmustine($\geq 250\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)，cyclophosphamide($>1500\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)，methotrexate ($\geq 1.2\text{gm}/\text{m}^2/\text{day}$)。

7.3. 其他 Miscellaneous

7.3.1. mesalazine(如 Asacol)、balsalazide(如 Basazyde)(94/5/1)：限潰瘍性結腸炎、庫隆氏症病例使用。

第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

8.1. 疫苗及免疫球蛋白 Vaccines and Immunoglobulins

8.1.1. Hepatitis B immune globulin :

應以 HBsAg (-), Anti-HBc(-)之醫院工作人員為主, 且傳染者需為 HBsAg (+)。

8.1.2. TAT inj (Tetanus Antitoxin):

使用時, 須檢附足敷數量之採購證明影本(限衛生署疾病管制局或其特約代售處開立者), 否則一律以 T. toxoid 每 cc 單價七元給付。

8.1.3. 高單位免疫球蛋白(如 Gamimune-N; Venoglobulin 等):

限符合下列適應症病患檢附病歷摘要(註明診斷, 相關檢查報告及數據, 體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效……等)

1. 先天或後天性免疫球蛋白低下症併發嚴重感染時(須附六個月內免疫球蛋白檢查報告)
2. 免疫血小板缺乏性紫斑症(ITP)病例經傳統治療無效且血小板嚴重低下($< 20,000/\text{cumm}$)合併有嚴重出血危及生命者。
3. 免疫血小板缺乏性紫斑(ITP)病例合併血小板嚴重低下。 $(< 20,000/\text{cumm})$ 或合併有嚴重出血而又必須接受緊急手術治療者。
4. 先天性免疫不全症之預防性使用, 但需有醫學中心之診斷証明。
5. 川崎病合乎美國疾病管制中心所訂之診斷標準, 限由區域醫院(含)以上教學醫院實施, 並填寫「全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin (IVIG) 治療川崎病」申請表(詳[附表六](#))併當月份醫療費用申報。
6. 因感染誘發過度免疫機轉反應, 而致維生重要器官衰竭, 有危及生命之慮者, 限由區域醫院(含)以上有加護病房乙等級以上之教學醫院實施。(93/2/1)

註: 川崎病診斷標準:

1. 發燒五天或五天以上且合併下列五項臨床症狀中至少四項。
 - (1)兩眼眼球結膜充血。
 - (2)嘴唇及口腔的變化: 嘴唇紅、乾裂或草莓舌或咽喉泛紅。
 - (3)肢端病變: 手(足)水腫或指(趾)尖脫皮。
 - (4)多形性皮疹。
 - (5)頸部淋巴腺腫。
2. 排除其他可能引起類似臨床疾病。

3. 或只符合三項臨床症狀，但心臟超音波檢查已發現有冠狀動脈病變。
- 8.1.4. Immunoglobulin (如：ATG-Fresenius、Thymoglobuline inj、Lymphoglobuline inj) (90/11/1) (96/2/1)：
1. 限符合下列適應症病患檢附病歷摘要（註明診斷、相關檢查報告及數據、體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效...等）
 - (1) 嚴重再生不良性貧血經傳統方法治療無效且不適合作骨髓移植之病例。
 - (2) 器官移植病患併發嚴重之急性排斥反應。
 - (3) 急性 graft versus host disease。
 - (4) 心臟移植病人使用呼吸器，並可能併發腎功能不全者。
 2. 作為非親屬或 HLA 不吻合異體骨髓移植的血液腫瘤及再生不良性貧血病人移植前之條件療法。使用量以不超過 45mg/kg/day 為原則，且需事前專案報准後使用。
 3. 同類藥品擇一使用，不得同時處方。

8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators

- 8.2.1. cyclosporin (如 Sandimmun oral sol' n, cap, inj)：(86/1/1、86/9/1、89/7/1) 限
1. 器官移植抗排斥藥物。
 2. 嚴重乾癬引起之全身性紅皮症(需檢附照片)。
 3. 自體免疫性葡萄膜炎及貝西氏病病例使用，請檢附病歷摘要及診斷證明。
 4. 替代性療法無效或不適用之嚴重乾癬(需檢附三個月以上之病歷與用藥紀錄)。
 5. 標準療法無效或不適用之嚴重類風濕性關節炎(需檢附三個月以上之病歷與用藥紀錄)。
 6. 以類固醇治療無效或對類固醇有依賴性的原發性腎病症候群【經活體檢視(biopsy)主要為微小病變疾病或局部環節腎絲球硬化症】，經細胞穩定劑(cytostatics)治療無效且腎功能指數在正常值 50% 以上之病人。
 7. 若經病人使用 cyclosporin 後四個月內，其每日尿蛋白量無法降低至少 40%時，即認定為 cyclosporin 治療無效，應予以停用 cyclosporin。

8.2.2. tacrolimus (如 Prograf) : (88/8/1、93/12/1)

1. 肝臟及腎臟移植之第一線用藥或肝腎移植 cyclosporin 無效之第二線用藥。

2. 心臟移植之第一線、第二線用藥。

8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、93/3/1、94/10/1、96/7/1)

本類藥品依下列規定使用，但使用本類藥品任一種後，因副作用得換用本類另一種藥物，不須另外送事前審查，惟仍應於病歷上記載換藥事由。若非因副作用而換用本類另一種藥物，則仍須經事前審查核准後使用。(96/7/1)

8.2.3.1. interferon beta-1a(如 Rebif Micrograms) : (91/4/1)

1. 限用於復發型多發性硬化症。

2. 須經事前審查核准後使用。

8.2.3.2. interferon beta-1b(如 Betaferon 8MIU) : (92/3/1、92/12/1、93/3/1)

1. 限用於：

(1)降低反覆發作型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。

(2)降低續發型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。

2. 須經事前審查核准後使用。

8.2.3.3. glatiramer acetate (如 Copaxone injection) : (94/10/1)

1. 限用於復發型多發性硬化症，Copaxone 用於減少復發型多發性硬化症病人的復發頻率。

2. 須經事前審查核准後使用。

8.2.4. etanercept(如 Enbrel) ; adalimumab (如 Humira Solution for Injection, vial 及 Humira Solution for Injection, Pre-Filled Syringe) : (92/3/1、93/8/1、93/9/1、94/3/1)

8.2.4.1 etanercept(如 Enbrel) (94/3/1)兒童治療部分

1. 限具有風濕病專科醫師證書之內科、小兒科專科醫師或具有小兒過敏免疫專科醫師證書之小兒科專科醫師使用於4歲至17歲的兒童具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者。

2. 需事前審查核准後使用。

(1)申報時須檢附 methotrexate 或 corticosteroids 藥物使用的劑量、治療時間、副作用、及關節腫脹治療前後的相關照片或關節 X 光檢查報告等資料。

(2)使用 etanercept 之後，每六個月須再申請一次；需描述使用藥物後的療效、副作用或併發症。

3. 病患須同時符合下述(1).(2).(3). 三項條件者方可使用

(1)病人的關節炎必須符合下列任何一種亞型的病變：

I 全身性 (systemic)

II 多發性關節炎 (polyarticular) (類風濕性因子陽性或陰性者皆可)

III 擴散型嚴重少數關節炎(extended oligoarticular)

(2)標準療法失敗者(符合下列任一項)

I 病患必須曾經接受 methotrexate 的充分治療。

充分治療的定義：

10 毫克/身體表面積平方米/週的口服或注射 methotrexate 治療，藥物治療時間必須達 3 個月以上。(若因藥物毒性無法忍受，以致於無法達到上項要求時，劑量可以酌情降低。)

II 若單獨使用類固醇來治療全身性類風濕性關節炎症狀，prednisolone 的劑量必須高於每天每公斤 0.25 毫克以上並且發生無法接受的副作用。

(3)最近 3 個月關節炎的活動性必須符合活動性多關節炎標準者。活動性多關節炎標準定義:關節病情必須同時符合下列兩個要項：

I 腫脹的關節總數大於等於 5 個。

II 關節活動受到限制而且具有疼痛或壓痛的關節總數 ≥ 3 個。

(必須附上關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告作為輔証)。

4. 須排除 etanercept 使用的情形

應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括：

(1)懷孕或正在授乳的婦女。

(2)罹患活動性的感染症的病患。

(3)罹患或先前曾罹患過結核病的病患。

(4)身上帶有人工關節者，罹患或先前曾罹患過嚴重的敗血症 (sepsis)者。

(5)惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)的病患。

(6)免疫功能不全者 (Immunodeficiency)。

5. 須停止 etanercept 治療的情形

如果發生下列現象應停止治療：

(1)不良事件，包括：

- I 惡性腫瘤。
 - II 該藥物引起的嚴重毒性。
 - III 懷孕(暫時停藥即可)。
 - IV 嚴重的間發性感染症(intercurrent infection)(暫時停藥即可)。
- 療效不彰：患者的 core set data 經過 6 個月治療後未達療效者。
療效定義：

I 紅血球沉降速率(ESR)或 CRP 及下列三項中至少有二項達到較基礎值改善 30% 以上效果者。

- i 活動性關節炎的總數
- ii 關節活動範圍受到限制的關節總數
- iii 醫師的整體評估

上述各種指標惡化程度達 30% 以上者不得超過一項

◎[附表十六](#)：全民健康保險使用 etanercept 申請表(四歲至十七歲兒童)

8.2.4.2 etanercept(如 Enbrel)；adalimumab(如 Humira Solution for Injection, vial 及 Humira Solution for Injection, Pre-Filled Syringe) (92/3/1、93/8/1、93/9/1)：成人治療部分

1. 限內科專科醫師且具有風濕病專科醫師證書者使用於類風濕關節炎病患。
 2. 經事前審查核准後使用
 3. 申報時須檢附 DAS28 積分，各種 DMARD 藥物使用之種類、劑量、治療時間、副作用、及關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告等資料。
 4. 使用半年後，每三個月須再申報一次；內含 DAS28 積分，使用藥物後之療效、副作用或併發症。(93/8/1、93/9/1)
 - 5 病患須同時符合下述(1)(2)(3)項條件，方可使用；若有第(4)項情形，不得使用；若有第(5)項情形，須停止使用。
- (1)符合美國風濕病學院 1987 年類風濕關節炎分類標準的診斷條件
- (2)連續活動性的類風濕關節炎
- I 28 處關節疾病活動度積分 (Disease Activity Score, DAS 28) 必須大於 5.1。
 - II 此項評分須連續二次，其時間相隔至少一個月以上，並附當時關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告為輔証。

註 1：28 處關節部位記分如(附表十三)所示，其疾病活動度積分計算方式如下：

$$\text{DAS28} = 0.56 \times \sqrt{\text{TJC}} + 0.28 \times \sqrt{\text{SJC}} + 0.7 \times \ln \text{ESR} + 0.014 \times \text{GH}$$

註 2：TJC：觸痛關節數，SJC：腫脹關節數，ESR：紅血球沉降速率(單位為 mm/h)，GH：在 100 mm 圖像模擬量表中所呈現的整體健康狀態(general health status)

(3)標準疾病修飾抗風濕病藥物(Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs, DMARD)療法失敗：

病患曾經接受至少兩種 DMARDs (methotrexate 為基本藥物，另一藥物必須包括肌肉注射之金劑、hydroxychloroquine、sulfasalazine、d-penicillamine、azathioprine、leflunomide、cyclosporine 中之任何一種)之充分治療，而仍無明顯療效。(93/8/1)

I 充分治療的定義：

i DMARD 藥物治療時間，必須至少 6 個月以上，而其中至少二個月必須達到(附表十四)所示標準目標劑量(standard target dose)。

ii 若病患因 DMARDs 藥物毒性無法忍受，以致無法達到上項要求時，DMARDs 劑量仍需達(附表十四)所示治療劑量(therapeutic doses)連續 2 個月以上。

II 療效的定義：(93/8/1)

DAS28 總積分下降程度大於 1.2，或 DAS28 總積分小於 3.2 者

(4)須排除使用的情形(93/9/1)

應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括(以下未列者參照仿單所載)：

I.懷孕或正在授乳的婦女

II.活動性感染症之病患

III.具高度感染機會的病患，包括：

i 慢性腿部潰瘍之病患

ii 先前曾患有結核病

(先前曾患有 TB 的患者，如果已經接受過完整療程的抗結核藥物治療，仍可接受治療，但應進行詳細的評估，以免結核病再度復發；而在開始治療之前，亦應考慮患者的危險/效益比)

iii 過去 12 個月內曾有感染性關節炎者

- iv 有人工關節感染，若該人工關節未除去前，不可使用
- v 頑固性或復發性的胸腔感染症
- vi 具有留置導尿管者
- IV 惡性腫瘤或癌前狀態之病患(但不包括已經接受過充分治療達 10 年以上的惡性腫瘤)
- V 多發性硬化症(multiple sclerosis)

(5)須停止治療的情形(93/8/1、93/9/1)

如果發生下列現象應停止治療：

- I 療效不彰
- II 不良事件，包括：
 - i 惡性腫瘤
 - ii 該藥物引起的嚴重毒性
 - iii 懷孕(暫時停藥即可)
 - iv 嚴重的間發性感染症(暫時停藥即可)

◎[附表十三](#):28 處關節疾病活動度(Disease Activity Score, DAS 28) 評估表

◎[附表十四](#)：疾病修飾抗風濕病藥物(DMARDs)之標準目劑量暨治療劑量之定義

◎[附表十五](#)：全民健康保險使用 etanercept；adalimumab 申請表

8.2.5. leflunomide(如 Arava、Arheuma)：(92/9/1、93/5/1)

1. 限治療成人類風濕性關節炎。
2. 且用於 methotrexate 治療無效，或無法忍受 methotrexate 副作用時使用。

8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素：

8.2.6.1 interferon alpha-2a(如 Roferon-A)及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1)；peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) (92/11/1-C 肝) (94/11/1-B 肝)：

1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型或慢性病毒性 C 型肝炎患者。

(1). 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者

I .HBsAg(+)超過六個月及 HBeAg(+)超過三個月，且 ALT 值大於(或等於)正常值上限五倍以上($ALT \geq 5X$)，且無肝功能代償不全者。

II .HBsAg(+)超過六個月及 HBeAg(+)超過三個月，其 ALT 值介

於正常值上限二至五倍之間 ($2X \leq ALT < 5X$)，但經由肝組織切片證實 HBcAg 陽性並有慢性肝炎變化，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全者，可接受藥物治療。(血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片。)(93/2/1)(95/11/1)

III. HBsAg(+) 超過六個月及 HBeAg(-) 超過三個月，且 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔三個月)大於或等於正常值上限二倍以上($ALT \geq 2X$)，經由肝組織切片證實 HBcAg 陽性，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全之患者。(血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片。)(93/2/1)(95/11/1)

(2). 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：

I. 應與 Ribavirin 併用。

II. 限 Anti-HCV 陽性且 ALT 值半年有二次以上(每次間隔三個月)之結果值大於(或等於)正常值上限兩倍以上($ALT \geq 2X$)，經由肝組織切片以 METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變化，且無肝功能代償不全者。(血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片。)(92/11/1、93/2/1、93/8/1)(95/11/1)

(3). 符合上述條件者，其療程如下：

I. interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) 療程為 4 至 6 個月。(94/10/1)

II. peginterferon alfa-2a (如 Pegasys)

a. 用於 C 型肝炎治療時療程為 4 至 6 個月。(94/10/1)

b. 用於 B 型肝炎 e 抗原陽性者療程為 6 個月，B 型肝炎 e 抗原陰性者療程為 12 個月。(94/11/1)

2. 限用於下列癌瘤病患「限 interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A)」(93/4/1)：

(1) Chronic myelogenous leukemia

(2) Multiple myeloma

(3) Hairy cell leukemia

(4) T 細胞淋巴瘤病例(限 a-2A、2B type) (87/4/1)。

(5) 卡波西氏肉瘤 (Kaposi's sarcoma) 病例使用 (87/4/1)。

(6) 小於七十歲以下，罹患中、晚期之低度非何杰金氏淋巴瘤(low grade non-Hodgkin's lymphoma)，且具有高腫瘤負荷(high

tumor burden)之病患。(89/1/1)

(「高腫瘤負荷」定義：第三或第四期病患；或血清 LDH > 350 IU/L；或腫塊大於十公分以上。)

(7)限使用於晚期不能手術切除或轉移性腎細胞癌之病患(限 a-2A type) (89/1/1)

(8) kasabach-Merritt 症候群。(93/4/1)

(9)用於一般療法無法治療的 Lymphangioma，且需經事前審核核准後使用。(93/4/1)

8.2.6.2 peginterferon alpha-2b (如 Peg-Intron) (92/10/1、94/10/1)；interferon alfacon-1 (如 Infergen) (93/7/1、94/10/1)

限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 C 型肝炎患者：

1. 應與 Ribavirin 併用。

2. 限 Anti-HCV 陽性且 ALT 值半年有二次以上 (每次間隔三個月) 之結果值大於(或等於)正常值上限兩倍以上($ALT \geq 2X$)，經由肝組織切片以 METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變化，且無肝功能代償不全者。(血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片。)(93/2/1、93/8/1) (95/11/1)

3. 符合上述條件者，其療程為 4 至 6 個月。(94/10/1)。

第 9 章 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

9.1. Aromatase Inhibitors

9.1.1. exemestane (如 Aromasin Sugar Coated Tablets) : (88/11/1、90/10/1)

限停經後或卵巢切除後，且女性荷爾蒙受體(estrogen receptor)陽性之晚期乳癌病患，經使用 tamoxifene 無效後，方可使用。

9.1.2. anastrozole (如 Arimidex) : (88/6/1、92/3/1、93/6/1)

1. 停經後雌激素接受器為陽性或不清楚之局部晚期或轉移性乳癌第一線治療(92/3/1)。

2. 停經後婦女晚期乳癌，雌激素接受器為陰性，但曾對 tamoxifen 有陽性反應者(92/3/1)。

3. 停經後婦女罹患早期侵犯性乳癌，經外科手術切除後且雌激素接受器為陽性，且有血栓栓塞症或子宮內膜異常增生的高危險群，而無法使用 tamoxifen 治療者。(93/6/1)

備註：療程期間以不超過五年為原則。血栓栓塞症或子宮內膜異常增生的高危險群需符合下列情形之一：

(1)有腦血管梗塞病史者。

(2)有有靜脈血栓栓塞症病史者。

(3)有子宮異常出血病史，且「經陰道超音波檢查」判定為子宮內膜異常增生的高危險群。

9.1.3. letrozole (如 Femara Film-coated tab) : (88/11/1、90/10/1、92/3/1)

接受抗動情激素治療失敗的自然或人工停經後之末期乳癌病人之治療、停經後之局部晚期或轉移性乳癌婦女患者之第一線治療用藥。

9.2. carboplatin (如 Paraplatin ; Carboplatin inj) :

限

1. 卵巢癌患者。

2. 腎功能不佳($CCr < 60$)或曾作單側或以上腎切除之惡性腫瘤患者使用。

9.3. docetaxel (如 Taxotere) : (87/7/1、92/11/1、93/8/1、95/8/1、96/1/1)

1. 乳癌：

(1) 局部晚期或轉移性乳癌。

(2) 與 Anthracycline 合併使用於腋下淋巴結轉移之早期乳癌且動情素受體為

陰性之術後輔助性化學治療。

2. 非小細胞肺癌：局部晚期或轉移性非小細胞肺癌。
3. 前列腺癌：於荷爾蒙治療失敗之轉移性前列腺癌。

9.4. gemcitabine (如 Gemzar)：(92/12/1、93/8/1、94/10/1、96/5/1)

限用於

1. 晚期或無法手術切除之非小細胞肺癌及胰臟癌病患。
2. 晚期膀胱癌病患。(92/12/1)
3. gemcitabine 與 paclitaxel 併用，可使用於曾經使用過 anthracycline 之局部復發且無法手術切除或轉移性之乳癌病患。(94/10/1)
4. 用於曾經使用含鉑類藥物(platinum-based)治療後復發且間隔至少6個月之卵巢癌，作為第二線治療，且限行政院衛生署許可證已核准適應症之藥品。(96/5/1)

9.5. paclitaxel 成分注射劑：(88/8/1、88/11/1、89/6/1、89/10/1、91/4/1、91/8/1、93/8/1、94/1/1)

限用於

1. 晚期卵巢癌，作為第一線治療時須與 cisplatin 併用。(94/1/1)
2. 非小細胞肺癌，作為第一線用藥時須與 cisplatin 併用。(94/1/1)
3. 已使用合併療法(除非有禁忌症、至少應包括使用 anthracycline)失敗的轉移性乳癌患者。(91/4/1、94/1/1)
4. 腋下淋巴轉移之乳癌且動情素受體為陰性之患者，taxol 可作為接續含 doxorubicin 在內之輔助化學治療。(91/4/1、94/1/1)
5. 卡波西氏肉瘤第二線用藥。(88/11/1)

9.6. streptococcus pyrogene (如 Picibanil)：

限惡性腫瘤患者患有惡性腹水，肋膜積水或心包膜積水時使用，須檢附病歷摘要。

9.7. protein bound polysaccharide (PSK，如 Krestin)：(87/7/1、94/1/1)

1. 限胃癌病人經手術完全切除後，且同時接受化學治療者，並需經事前審核核准後使用。
2. 每一個案每半年須重新評估一次，用藥期間若有復發情形應即停止使用本品。(94/1/1)
3. 使用本品至多以一年為限。(94/1/1)

9.8. toremifene tab (如 Fareston) : (88/6/1)

限用於停經後，且女性荷爾蒙接受體(estrogen receptor)為陽性之轉移性乳癌病患。

9.9. vinorelbine (如 Navelbine) : (91/1/1、95/6/1)

9.9.1 vinorelbine 注射劑(91/1/1)

限晚期或無法手術切除之非小細胞肺癌及轉移性乳癌病患。

9.9.2 vinorelbine 口服劑型(95/6/1)

限用於晚期或無法手術切除之非小細胞肺癌病患，且本成分之口服劑型與注射劑型不得併用。

**9.10. oxaliplatin (如 Eloxatin Freeze Dried Power for Infusion 50mg) :
(89/7/1、91/10/1、93/8/1)**

和 5FU 和 folinic acid 併用，治療轉移性結腸直腸癌，惟若再加用 irinotecan (如 Campto) 則不予給付。(91/10/1)

9.11. tegafur 成分製劑：

1. 限轉移性胃癌、轉移性大腸癌、轉移性結腸癌、轉移性乳癌之病患使用(89/10/1)。
2. 以下疾病限行政院衛生署許可證已核准適應症之藥品(如 Ufur、UFT)(93/4/1)。
 - (1)頭頸部鱗狀上皮癌。
 - (2)與 Cisplatin 併用治療轉移及末期肺癌。
3. 大腸癌、結腸癌第Ⅱ、Ⅲ期患者之術後輔助性治療，且使用期限不得超過2年(94/10/1)。

9.12. irinotecan (如 Campto injection) : (90/10/1、93/8/1)

限轉移性大腸直腸癌之第一線治療藥物：

1. 與 5-Fu 及 folinic acid 合併，使用於未曾接受過化學治療之患者。
2. 單獨使用於曾接受 5-Fu 療程治療無效之患者。

9.13. aldesleukin (如 Proleukin for Injection) : (90/10/1、93/8/1)

限轉移性腎細胞癌及惡性黑色素癌病患使用。

9.14. doxorubicin Hydrochloride Liposome injection (如 Lipo-Dox、Caelyx) :
(91/3/1、93/8/1、93/11/1)

限用於行政院衛生署核准之下列適應症：

1. 用於治療曾接受第一線含 PLATINUM 及 PACLITAXEL 化學治療而失敗者或再復發之進行性或轉移性卵巢癌病人。(91/3/1)
2. 用於治療 CD4 數量低下 (<200CD4 Lymphocyte/MM3) 和粘膜、皮膚或內臟有病變的 AIDS related Kaposi' s Sarcoma 的病人。(91/3/1)
3. 用於單一治療有心臟疾病風險考量之轉移性乳癌患者。(93/11/1)

9.15. tretinoin (如 Vesanoid Soft Gelatin):(88/10/1)

限急性前髓性白血病使用。

9.16. topotecan (如 Hycamtin inj.):(88/10/1、93/8/1)

限卵巢癌及小細胞肺癌之第二線化學治療(第一線治療應包括白金化合物)。

9.17. capecitabine (如 Xeloda):(88/10/1、91/4/1、92/6/1、93/8/1)

1. capecitabine 與 docetaxel 併用於治療對 anthracycline 化學治療無效之局部晚期或轉移性乳癌病患。
2. 單獨用於對 taxanes 及 anthracycline 化學治療無效，或無法使用 anthracycline 治療之局部晚期或轉移性乳癌病患。
3. 治療轉移性結腸直腸癌的第一線用藥。(92/6/1)

9.18. trastuzumab (如 Herceptin):(91/4/1、93/8/1、95/2/1) [申請表 \(一\)](#)

1. 單獨使用於治療腫瘤細胞上有過度 HER2 表現，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。(91/4/1)
2. 與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 IHC Test3 或 FISH(+)者。(93/8/1、95/2/1)
3. 經事前審查核准後使用。

9.19. estramustine sod. phosphate monohydrate (如 Estracyt):(91/4/1)

限晚期前列腺癌病患且符合下列條件之一者使用：

1. 經荷爾蒙治療無效。
2. 經診斷對單獨使用荷爾蒙治療，具有預後療效不佳因素的初次治療病患。

9.20. rituximab 注射劑(如 Mabthera):(91/4/1、93/1/1、95/3/1) [申請表](#)

(一)

1. 限用於

- (1)復發或對化學療效有抗性之低惡度B細胞非何杰金氏淋巴瘤。(91/4/1)
- (2)併用 CHOP 或其他化學療法，用於 CD20 抗原陽性之 B 瀰漫性大細胞非何杰金氏淋巴瘤之病患。(93/1/1、95/3/1)
- (3)併用 CVP 化學療法，用於未經治療之和緩性（組織型態為濾泡型）B 細胞非何杰金氏淋巴瘤的病人。(95/3/1)

2. 需經事前審查核准後使用。

9.21. fludarabine phosphate (如 Fludara Oral, Film -Coated Tablet 及 Fludara Lyophilized IV Injection) : (92/12/1、93/3/1、94/10/1)
申請表 (二)

9.21.1 Fludara Oral, Film -Coated Tablet : (92/12/1)

- 1. 用於B-細胞性淋巴性白血病 (CLL) 病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑 (alkylating agent) 的治療方法治療都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化進展的病人。
- 2. 須經事前審查核准後使用。

9.21.2 Fludara Lyophilized IV Injection : (91/4/1、93/3/1、94/10/1)

- 1. 用於B細胞慢性淋巴性白血病 (CLL) 病患的起始治療及 CLL 與低惡性度非何杰金氏淋巴瘤 (LG-NHL) 病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑 (ALKYLATING AGENT) 的治療方法都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化的病人。(91/4/1、93/3/1)
- 2. 以本品作為第一線治療，限用於(94/10/1)
 - (1) Rai Stage III/IV (或 Binet C 級) 之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I/II (或 Binet A/B 級) 併有疾病相關免疫性症候 (如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下紫癥症等) 的病人時，需經過至少一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化者。
 - (2) 每次申請最多六個 (月) 療程，再次申請以三個療程為限。
- 3. 須經事前審查核准後使用。

9.22. imatinib (如 Glivec) : (91/5/1、93/7/1) 申請表 (二)

依行政院衛生署核准之適應症：

限用於

- 1. 治療正值急性轉化期 (blast crisis)、加速期或經 ALPHA-干擾素治療無效之慢性期的慢性骨髓性白血病 (CML) 患者使用。

2. 用於治療初期診斷為慢性骨髓性白血病 (CML) 的病人。
3. 治療成年人無法手術切除或轉移的惡性胃腸道基質瘤。
4. 使用前須先檢送病歷資料、用藥紀錄及治療計畫並經事前審查核准後使用。

9.23. arsenic trioxide (如 Asadin Inj.) : (91/8/1、92/9/1)

限用於急性前骨髓細胞白血病患者。

9.24. gefitinib (如 Iressa): (93/11/1) 申請表 (三之一)

1. 限單獨使用於先前已使用過 platinum 類及 docetaxel 或 paclitaxel 化學治療後，但仍局部惡化或轉移之腺性非小細胞肺癌之第三線用藥。
2. 需經事前審查核准後使用：
 - (1) 檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線及第二線化學藥物如 platinum (cisplatin 或 carboplatin) 與 taxanes (paclitaxel 或 docetaxel) 治療之證明，及目前又有疾病惡化之影像診斷證明 (如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量 (measurable) 的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估 (evaluative) 的病灶亦可採用。
 - (2) 每次申請事前審查之療程以三個月為限，每三個月須再次申請，再次申請時並須附上治療後相關臨床資料，如給藥四週後，須追蹤胸部 X 光、電腦斷層等影像檢查一遍，評估療效，往後每四週做胸部 X 光檢查，每隔八週須追蹤其作為評估藥效的影像 (如胸部電腦斷層)。
3. 醫師每次開藥以兩週為限，每兩週應回門診追蹤一次。

備註：非小細胞肺癌病患的第三線治療用藥之定義為：病患須先經第一線化學藥物治療後，因疾病惡化，再經第二線不同的化學藥物治療之後，若疾病再度惡化，此時所給予之治療即為第三線用藥。

9.25. temozolomide (如 Temodal) : (94/3/1) 申請表 (三之一)

1. 限用於經手術或放射線治療後復發之 AA(anaplastic astrocytoma) 或 GBM (Glioblastoma multiforme) 之病人。
2. 需經事前審查核准後使用。

9.26. pemetrexed (如 Alimta Powder for Concentrate for Solution for Infusion) : (95/3/1、95/7/1) 申請表 (三之二)

1. 限用於

(1)與 cisplatin 併用於惡性肋膜間質細胞瘤。

(2)以含鉑之化學療法治療失敗之局部晚期或轉移性非小細胞肺癌病患之單一藥物治療。(95/7/1)

2. 需經事前審查核准後使用。

9.27 cetuximab (如 Erbitux):(96/3/1) 申請表 (三之三)

1. cetuximab 與 irinotecan 合併使用，治療已接受過含 5-fluorouracil (5-FU)、irinotecan 及 oxaliplatin 二線以上之細胞毒性治療失敗且具有表皮生長因子受體(EGFR)表現型的轉移性直腸結腸癌的病患。

2. 本案需經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 9 週為限，再次申請必須提出客觀證據(如：影像學)證實無惡化，才可繼續使用。使用總療程以 18 週為上限。

9.28. bortezomib (如 Velcade for Injection):(96/6/1)

申請表 (三之三)

1. 限用於經兩種化學治療藥物治療無效後之多發性骨髓癌病人。

2. 每次使用以 8 個療程為限，惟使用 4 個療程後，必須確定 paraprotein (M-protein)未上升(即表示為 response 或 stable status) 或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 為療效依據，方可使用後 4 個療程。

3. 需經事前審查核准後使用。

9.29. erlotinib (如 Tarceva):(96/6/1) 申請表 (三之二)

1. 限單獨使用於先前已使用過 platinum 類及 docetaxel 或 paclitaxel 化學治療後，但仍局部惡化或轉移之非小細胞肺癌之第三線用藥。

2. 需經事前審查核准後使用：

(1)檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線及第二線化學藥物如 platinum (cisplatin 或 carboplatin) 與 taxanes (paclitaxel 或 docetaxel) 治療之證明，及目前又有疾病惡化之影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量(measurable)的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估(evaluable)的病灶亦可採用。

(2)每次申請事前審查之療程以三個月為限，每三個月須再次申請，再次申請時並須附上治療後相關臨床資料，如給藥四週後，須追蹤胸部 X 光、電腦斷層

等影像檢查一遍，評估療效，往後每四週做胸部 X 光檢查，每隔八週須追蹤其作為評估藥效的影像（如胸部電腦斷層）。

3. 醫師每次開藥以兩週為限，每兩週應回門診追蹤一次。

4. 本藥品與 gefitinib（如 Iressa）不得併用。

備註：非小細胞肺癌病患的第三線治療用藥之定義為：病患須先經第一線化學藥物治療後，因疾病惡化，再經第二線不同的化學藥物治療之後，若疾病再度惡化，此時所給予之治療即為第三線用藥。

第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents

10.1. 抗微生物劑用藥給付規定通則：

1. 凡醫師診斷為感染症，確有臨床需要者得適當使用抗微生物製劑。
2. 門診使用抗微生物製劑以不超過三日份用量為原則。如有必要，每次以七日為限；慢性骨髓炎病患得視病情需要延長抗微生物製劑給藥日數，惟每次門診處方仍以兩週為上限(87/7/1)。
3. 「上呼吸道感染病患」如屬一般感冒（common cold）或病毒性感染者，不應使用抗生素。如需使用，應有細菌性感染之臨床佐證，例如診斷為細菌性中耳炎、細菌性鼻竇炎、細菌性咽喉炎，始得使用抗生素治療（90/2/1 增訂）。
4. 使用抗微生物製劑，宜以同療效、價廉為原則。使用三種抗微生物製劑(含)以上，需附微生物培養及藥物敏感試驗報告，藥物敏感試驗報告應包括第一線及第二線抗微生物製劑及各類常用藥物；同類同抗菌範疇之抗微生物製劑，若未能都進行藥物敏感性試驗時，得以其中之一種藥物的敏感性試驗結果做為使用其他同類同抗菌範疇藥物合理性之判定參考。(87/4/1)
5. 使用抗微生物製劑應以本保險規定之第一線抗微生物製劑優先使用，如欲使用第一線以外之抗微生物製劑，須依規定第 5、6 項辦理。
6. 醫師得按下列病情及診斷於進行微生物培養及藥物敏感試驗後直接使用第一線以外抗微生物製劑，惟若微生物培養證明第一線抗微生物製劑有效，應考慮改用第一線抗微生物製劑。(91/4/1)
 - (1) 感染病情嚴重者，包括：
 - I .敗血症(sepsis)或敗血性休克(septic shock)
 - II 中樞神經感染
 - III 使用呼吸器者。
 - (2) 免疫狀態不良併發感染者：
 - I .接受免疫抑制劑。
 - II 接受抗癌化學療法。
 - III 白血球數在 1000/cumm 以下或多核白血球數在 500/cumm 以下。
 - (3) 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者(申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料)（86/10/1、92/9/1）。

- (4)手術中發現有明顯感染病灶者。
- (5)脾臟切除病人有不明原因發熱者。
- (6)臟器穿孔。
- (7)嚴重污染傷口病人。
- (8)患疑似感染之早產兒及新生兒（出生二個月以內）。
- (9)發生明確嚴重院內感染症者。
- (10)常有厭氧菌與非厭氧菌混合感染之組織部位感染時(如糖尿病足部壞疽併感染、骨盆腔內感染)，得直接使用可同時治療厭氧菌與非厭氧菌多重感染之單一非第一線抗微生物製劑。

7. 醫師得按下列病情改用第一線以外抗微生物製劑：

- (1)使用第一線抗微生物製劑超過 72 小時，經微生物培養及藥物敏感試驗證實對第一線抗微生物製劑具抗藥性，確有需要使用者，並請檢附該檢驗報告。
- (2)每 72 小時更換第一線抗微生物製劑一次，歷經 7 日以上仍無效，由其他醫療機構轉送至有微生物培養室醫院病人者。
- (3)嬰幼兒（出生二個月以上至滿五足歲）患疑似感染疾病，在使用第一線抗微生物製劑 72 小時仍無明顯療效者。

8. 預防性的使用抗微生物製劑：

(1)清淨的手術：大致可分甲、乙兩類。

甲類：如單純性疝氣手術、精索靜脈曲張手術、甲狀腺手術、乳房切除手術……等，原則上可「免用」抗微生物製劑，如需使用，可術前一劑量，手術時間超過二小時者得於術中追加一劑，使用之抗微生物製劑應以本表之第一線抗微生物製劑為限（90/2/1）。

乙類：如心臟手術、腦部手術、臟器移植手術及放置人工植入物之手術，原則上使用不可超過 24 小時，以本表之第一線抗微生物製劑為主；如須使用第一線以外之抗微生物製劑或超過 48 小時，請詳敘理由，俾利審查（90/2/1、95/6/1）

(2)清淨但易受污染的手術。

術野是清淨但術中易受污染，如肝膽胃腸手術、泌尿道手術、肺部手術、婦科手術、耳鼻喉科手術、牙科手術……等手術。原則上抗微生物製劑使用 24 小時，以本表之第一線抗微生物製劑為主，若有厭氧菌與嗜氧菌混合污染之可能時，得使用 Cephameycin（cefoxitin, cefmetazole）或 ampicillin 類合併 β -lactamase inhibitor（ampicillin/sulbactam, amoxicillin/clavulanic

acid) 之藥物；如須使用第一線以外之抗微生物製劑或超過 48 小時，請詳敘理由，俾利審查 (90/2/1、95/6/1)。

9. 污染性傷口之手術及手術後發生感染併發症，依本局規定之 抗微生物製劑使用原則用藥 (90/2/1 增訂)。
10. 本保險第一線抗微生物製劑範圍暫訂如 [附表一](#)，並得視實際需要予以增減。
11. 使用本表以外之抗微生物製劑超過七日時，除需附微生物培養與敏感試驗報告外，尚需附相關檢驗報告 (如血、尿……等) 與 TPR chart 影本並註明使用抗微生物製劑之規格、劑量、使用日期以利審核。
12. 非第一線抗微生物製劑其於本藥品給付規定中另訂有規定者，依各該規定給付之。

10.2. 盤尼西林類 Penicillins

10.2.1. amoxicillin + clavulanic acid (如 Augmentin tab): (85/1/1)

用於 1. 急性化膿性中耳炎或急性化膿性鼻竇炎。

2. 急性下呼吸道感染。

3. 厭氧性細菌感染。

4. 菌血症等適應症，得免附細菌敏感試驗報告，惟以十日為限。

10.2.2 ampicillin + sulbactam 注射劑 (如 Unasyn 注射劑、Ansullina 注射劑): (91/7/1)

單次處方劑量為 1.5 公克時，不得以 0.75 公克兩瓶申報。

10.3. 頭孢子菌素 Cephalosporins

10.3.1 cefaclor: (85/1/1、89/7/1)

用於 1. 急性化膿性中耳炎或急性化膿性鼻竇炎。

2. 急性下呼吸道感染。

3. 敗血症等適應症，得免附細菌敏感試驗報告，惟以十日為限。

10.3.2 .cefuroxime tab: (87/4/1)

用於 1. 急性化膿性中耳炎或急性化膿性鼻竇炎。

2. 急性下呼吸道感染。

3. 敗血症等適應症，得免附細菌敏感試驗報告，惟以十日為限。

10.3.3 .ceftriaxone: (95/6/1)

用於疑似或證實為淋病尿道炎、子宮頸炎、軟性下疳時，可第一線單一劑量使用。

10.3.4 .cefixime：(95/6/1)

用於疑似或證實為淋病尿道炎、子宮頸炎、軟性下疳時，可第一線單一劑量使用。

10.4. 巨環類 Macrolides (如 erythromycin、azithromycin、clarithromycin、roxithromycin)：(90/11/1、93/9/1)

1. 限用於經臨床診斷或實驗室診斷為黴漿菌(mycoplasma)或披衣菌(chlamydia)或退伍軍人桿菌(legionella)引起之感染、或經培養證實為 macrolides 有效之致病菌感染 (需於病歷記載診斷依據，俾利審查)。
2. azithromycin (如 Zithromax)使用期間不得超過三日，每日最大劑量 500mg。clarithromycin(如 Klaricid Tab、Klaricid Paediatric Suspension)及 roxithromycin(如 Rulid)使用期間不得超過十日，每日最大劑量 500mg。(93/9/1)
3. clarithromycin (如 Klaricid Tab)用於消化性潰瘍之胃幽門桿菌消除治療，使用總量以二十八顆 (每顆 250mg) 為限。
4. 本類製劑應儘量避免合併使用其他抗生素。

10.5. Carbapenem 類抗微生物製劑：

10.5.1 imipenem+cilastatin (如 Tienam)；meropenem (如 Mepem)：(87/11/1、93/2/1、93/5/1)

1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對 carbapenem 具有感受性(sensitivity)。
2. 經細菌培養，發現有意義之致病菌對 carbapenem 及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。
3. 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。
4. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者(申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料)。(93/5/1)

10.5.2 ertapenem (如 Invanz inj.)：(93/5/1)

1. 臨床上為中、重度細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。
2. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者(申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料)。

10.6. 抗黴菌劑 Antifungal drugs

10.6.1. fluconazole oral (如 Diflucan oral):(85/10/1、87/4/1) 限

1. 全身黴菌感染之治療。
2. 免疫不全病例，治療或預防黴菌感染時使用。
3. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用 6 到 8 週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。
4. 用於念珠性陰道炎，限頑固性疾病或無性經驗病人無法使用塞劑治療者單一劑量使用。

10.6.2. fluconazole Inj (如 Diflucan inj):(85/10/1) 限

1. 已證實為全身性黴菌感染(經組織或培養證實)病例使用。
2. 非愛滋病隱球菌腦膜炎患者使用，原則上使用 6 到 8 週，視病人臨床反應，抗原效價及培養結果調整療期，而治黴菌藥物之終止以效價下降四倍及兩次培養陰性為原則。

10.6. 抗黴菌劑 Antifungal drugs

10.6.3. itraconazol:(85/1/1、91/4/1、91/8/1、96/6/1)

10.6.3.1. itraconazol (如 Sporanox cap):(85/1/1、91/4/1、91/8/1) 限

1. 全身性黴菌感染及甲癬病人使用(手指甲癬限用 6 週，足趾甲癬限用 12 週，並在各 6 及 12 個月內不得重複使用本品或其他同類口服藥品)(91/4/1)
2. 如用於念珠性陰道炎，限頑固性疾病或無性經驗病人無法使用塞劑治療病人。
3. 使用其他頑固性體癬。
4. 經皮膚科專科醫師診斷，且經切片或黴菌培養確定為深部黴菌感染之患者使用，並以使用十二至二十四週為原則。(91/8/1)
5. 每次門診時，應註明使用日期，目前已使用週數及預定停藥日期。
6. 病人接受本品治療期間，不得併用其他同類藥品。

10.6.3.2. itraconazol (如 Sporanox inj.): (96/6/1)

1. 限用於因癌症治療或骨髓移植及 HIV 感染引起嗜中性白血球減少之患者合併發燒症狀之全身性黴菌感染，得第一線使用，惟以 14 日為限。
2. 限用於第一線治療藥物 amphotericin B 治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症、組織漿病菌之第二線用藥使用，以 14 日為限。

3. 限用於第一線治療藥物無法使用或無效的免疫功能不全及中樞神經系統罹患隱球菌病(包括隱球菌腦膜炎)的病人,並以 14 日為限。

10.6.4. terbinafine (如 Lamisil tab) : (85/1/1、91/4/1)限

1. 手指甲癬及足趾甲癬病例使用,每日 250 mg,手指甲癬最長使用六週,足趾甲癬最長使用 12 週,並各在 6 及 12 個月內不得重複使用本品或其他同類口服藥品。
2. 其他頑固性體癬、股癬、頭癬病例使用,每日一次,最長使用 2 週,治療期間不得併用其他同類藥品。

10.6.5. amphotericin B Injection colloidal dispersion 及 liposomal complex 劑型(如 Amphocil Injection、AmBisome for Injection): (91/8/1、93/2/1)

限用於侵入性黴菌感染(invasive fungal infection),且腎功能不全患者。

10.6.6. caspofungin Injection 劑型(如 Cancidas Injection 50mg): (92/8/1、94/1/1、96/7/1)

限符合下列規定之一:

1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。
2. 符合衛生署之適應症範圍且經感染症專科醫師認定需使用者,惟治療食道念珠菌感染限用於 fluconazole 無效或有嚴重副作用者。

10.6.7. micafungin Injection 劑型(如 Mycamine for Injection): (96/4/1) :

限用於

1. 治療 16 歲以上成人的食道念珠菌感染。
2. 預防接受造血幹細胞移植病患的念珠菌感染。

10.6.8. flucytosine(如 Flusine Tablets)(96/06/1)

限用於 Cryptococcus infection 的病患。

10.7. 抗濾過性病毒劑 Antiviral drugs

10.7.1. acyclovir(如 Zovirax); tromantadine(如 Virumerz); famciclovir (如 Famvir); valaciclovir (如 Valtrex):

1. 被保險人使用本類製劑應以下列適應症為限:
 - (1) 疱疹性腦炎。
 - (2) 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝 VI 皮節,可能危及眼角膜者。
 - (3) 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯薦椎 S2 皮節,將影響排泄功能者。

- (4)免疫機能不全、癌症、器官移植等病患之感染帶狀疱疹或單純性疱疹者。
- (5)新生兒或免疫機能不全患者的水痘感染。
- (6)罹患水痘，合併高燒(口溫 38℃ 以上)及肺炎(需 X 光顯示)或腦膜炎，並須住院者 (85/1/1)。
- (7)帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。
- (8)急性視網膜壞死症 (acute retina necrosis)。
- (9)帶狀疱疹發疹三日內且感染部位在頭頸部、生殖器周圍之病人，可給予五日內之口服或外用藥品(86/1/1、87/4/1)。
- (10)骨髓移植術後病患得依下列規定預防性使用 acyclovir：
(87/11/1)
 - A.限接受異體骨髓移植病患。
 - B.接受高劑量化療或全身放射治療(TBI)前一天至移植術後第卅天為止

- 2. 使用療程原則以十天為限，疱疹性腦炎得使用 14 至 21 天，口服、注射劑及外用藥膏擇一使用，不得合併使用。(95/6/1)
- 3. 其他廠牌同成分藥品比照辦理。

10.7.2. ribavirin

10.7.2.1. ribavirin 口腔吸入劑 (如 Virazole): (87/4/1)

病人為加護病房住院嬰幼兒(六歲以下)，經證實為呼吸道融合病毒(respiratory syncytial virus)感染造成嚴重下呼吸道感染，並符合下列三項之一：

- 1. 高危險群病人：
 - (1)先天性心臟病。
 - (2)原已有慢性肺部病變，如肺支氣管不良，阻塞性支氣管炎。
 - (3)免疫缺陷或癌症患者作化學治療。
 - (4)早產兒。
- 2. 症狀嚴重病人，其血氧濃度(PaO₂)低於 65mmHg 或血氧飽和度(SaO₂)低於 90%。
- 3. RSV 感染需使用呼吸器之情形。
治療療程限使用三天，如有延長療程須於申請費用時檢附病歷資料並詳述延長使用之理由。

10.7.2.2 ribavirin 膠囊劑 (如 Robatrol 、Rebetol):

限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 C 型肝炎患者且應與 interferon-alfa

2a 或 interferon-alfa 2b 或 interferon alfacon-1 或
peginterferon alfa-2b 或 peginterferon alfa-2a 合併治療：
限 Anti-HCV 陽性且 ALT 值半年有二次以上（每次間隔三個月）之
結果值大於（或等於）正常值上限兩倍以上（ $ALT \geq 2X$ ），經由肝組織
切片以 METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變
化，且無肝功能代償不全者。（血友病患及類血友病患經照會消化
系專科醫師同意後，得不作切片。）（93/02/01）（93/07/01）
（93/08/01）（95/11/1）
符合上述條件者，其療程為 4 至 6 個月（94/10/1）。

10.7.3 lamivudine（如 Zeffix 100mg）：（92/10/1、93/2/1、93/8/1、
94/10/1、95/10/1、95/11/1）

限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦
計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：

1. HBsAg(+) 且已發生肝代償不全者；HBsAg(+) 超過六個月及 HBeAg(+) 超過三個月，且 ALT 值大於（或等於）正常值上限五倍以上（ $ALT \geq 5X$ ）（93/02/01）（94/10/1）（95/10/1）
註：肝代償不全條件：Prothrombin time 延長 ≥ 3 秒或 Bilirubin $\geq 2.0\text{mg/dl}$ ，Prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。
2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者（HBsAg(+)）接受器官移植後發作 B 型肝炎者。若為接受肝臟移植者則可預防性使用。
3. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者（HBsAg(+)）接受癌症化學療法中發作 B 型肝炎者經照會消化系專科醫師同意後，得使用。（93/02/01）（94/10/1）
4. HBsAg(+) 超過六個月及 HBeAg(+) 超過三個月，其 ALT 值介於正常值上限二至五倍之間（ $2X \leq ALT < 5X$ ），但經由肝組織切片證實 HBcAg 陽性之患者。（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片。）（93/08/01）（95/11/1）
5. HBsAg(+) 超過六個月及 HBeAg(-) 超過三個月，且 ALT 值半年有兩次以上（每次間隔三個月）大於或等於正常值上限二倍以上（ $ALT \geq 2X$ ），經由肝組織切片證實 HBcAg 陽性之患者。（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片。）（93/08/01）（95/11/1）
6. 符合上述條件者，其療程為 12 至 18 個月（94/10/1）。慢性 B 型

肝炎表面抗原（HBsAg）帶原者接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植者，於持續接受免疫抑制劑時，建議給予長期 lamivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作。若上述治療中出現 lamivudine 抗藥性病毒株，建議改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥劑治療。」（95/10/1）。

10.7.4 . adefovir dipivoxil（如 Hepsera Tablets10mg）

限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：

1. 經使用 lamivudine 治療出現抗藥株，且 ALT 值大於或等於正常值上限 2 倍者得使用，其給付療程為 24 個月（95/09/01）（95/10/1）。
2. 慢性 B 型肝炎表面抗原（HBsAg）帶原者接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植者，於持續接受免疫抑制劑時，建議給予長期 lamivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作，若於治療中出現 lamivudine 抗藥性病毒株者，得改用本品治療。」（95/10/1）。

10.8. 其他 Miscellaneous

10.8.1. teicoplanin 及 vancomycin：（88/3/1）

1. 對其他抗生素有抗藥性之革蘭氏陽性菌感染。
2. 病患對其他抗生素有嚴重過敏反應之革蘭氏陽性菌感染。
3. 治療抗生素引起之腸炎（antibiotics-associated colitis），經使用 metronidazole 無效者始可使用口服 vancomycin。
4. vancomycin 10 gm（溶液用粉劑）限骨髓移植病例使用。
5. 其他經感染症專科醫師認定需使用者。

10.8.2. 恩莖類 quinolone

10.8.2.1. moxifloxacin 口服劑型（如 Avelox film-coated tablet）：（91/2/1、92/11/1、94/3/1、96/6/1）

1. 限用於成人（十八歲以上）之慢性支氣管炎的急性惡化或社區性肺炎。
2. 每日限使用一粒（400mg），使用期間以不超過十天為原則。

10.8.2.2. gemifloxacin 口服劑型（如 Factive Tablets 320mg）：（96/6/1）

1. 限用於成人（十八歲以上）之慢性支氣管炎的急性惡化或社區性肺炎。
2. 每日限使用一粒，使用期間以不超過七天為原則。

10.8.3 linezolid（如 Zyvox Injection 及 Tablets）：（91/4/1）

1. 證實為 MRSA(methicillin-resistant staphylococcus aureus)感染，且證明為 vancomycin 抗藥菌株或使用 vancomycin、teicoplanin 治療失敗者或對 vancomycin、teicoplanin 治療無法耐受者。
2. 證實為 VER(vancomycin-resistant enterococci)感染，且無其他藥物可供選擇者。
- 3 骨髓炎(osteomyelitis)及心內膜炎(endocarditis)病患不建議使用。
- 4 其他抗藥性革蘭氏陽性菌感染，因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者(申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料)。

10.8.4 telithromycin (如 Ketek)：(93/10/1)

限用於成人(十八歲以上)之慢性支氣管炎的急性惡化或輕度至中度社區性肺炎。

10.8.5. tigecycline (如 Tygacil)：(95/12/1)：

1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性或對其他具有感受性抗微生物製劑過敏，而對 tigecycline 具有感受性(sensitivity)之複雜性皮膚及皮膚結構感染或複雜性腹腔內感染症使用。
2. 複雜性皮膚及皮膚結構感染或複雜性腹腔內感染症，經感染症專科醫師會診，認定需使用者。
3. 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。

第 11 章 解毒劑 Antidotes in poisoning

11.1 一般解毒劑 General antidotes

11.1.1 Carbomix 限藥物中毒急救使用。

11.2. 特定解毒劑 Specific antidotes

11.2.1. flumazenil (如 Anexate inj)限使用於：

1. 全身麻醉病例

2. benzodiazepine 類藥物中毒之鑑別診斷與治療病例。

11.2.2. edrophonium chloride (如 Enlon)：

限使用於手術麻醉病例，作為神經肌肉阻斷劑之拮抗劑。

11.2.3. mesna (如 Uromitexan inj)：

限癌症或骨髓移植病例使用大量 Endoxan；Ifosphamide 類藥物時使用。

第 12 章 耳鼻喉科製劑 ENT and dental preparations

12.1. beclomethasone cap. for spray (如 Salcoat) (87/10/1) :

限因口腔放射線治療或化學治療產生大面積口腔潰爛之病人使用。

12.2. sod. monofluorophosphate, sod. fluoride gel (如 Fluocaril gel) :

限住院治療及門診追蹤複查之口腔癌病例，以及放射治療之鼻咽癌或骨髓移植病例使用。

12.3. ofloxacin (如 Tarivid Otic Solution) : (88/8/1)

1. 有耳膜穿孔之急慢性中耳炎病患，每次處方以一瓶(十日)為原則。
2. 其他耳部感染症如外耳炎等，若經使用第一線抗微生物製劑無效，且有病歷詳細記載者方得使用。

第 13 章 皮膚科製劑 Dermatological preparations

13.1. mupirocin (如 Bactroban oint): (85/4/1)

限 1. 膿痂症病人使用。

2. 燒傷病人之傷口感染及經細菌培養證實為 MRSA (methicillin resistant staphylococcus aureus) 感染者。

13.2. cadexomer iodine (如 Iodosorb powder): (87/4/1)

限慢性腿部潰瘍病例及慢性感染性潰瘍傷口使用，每日用量超過一包時，需檢附傷口照片以利審查。

13.3. calcipotriol 外用製劑: (87/4/1、89/2/1、94/3/1、94/5/1)

13.3.1 calcipotriol 外用單方製劑 (87/4/1、89/2/1、94/3/1)

限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於一支(30gm)或一瓶(30mL)為原則，若因病情需要使用量需超過每星期一支(30gm)或一瓶(30mL)者，應於病歷詳細紀錄理由。

13.3.2 含 calcipotriol 及類固醇之外用複方製劑(如 Daivobet) (94/5/1)

1. 限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於一支(30gm)為原則，若因病情需要使用量需超過每星期一支(30gm)者，應於病歷詳細紀錄理由。

2. 同一部位之療程不得超過 4 週。

13.4. isotretinoin 口服製劑 (如 Roaccutane): (86/9/1、87/4/1、94/3/1)

1. 限皮膚科專科醫師使用。

2. 須檢附病人之服藥同意書(詳附表十)，以及經傳統治療無效之病歷資料或治療前之照片，經事前審查核准後使用。

3. 每次申請以一療程為限，若須再次療程，請檢附原來照片與最近照片再次申請事前審查核准後使用 (每一療程最高總劑量為 100 mg - 120 mg/kg，於四至六個月完成)。

13.5. acitretin (如 Neotigason): (87/11/1)

申報費用時需檢具病患同意書(附表十一)，並檢送含確定診斷之詳細病歷資料，俾利審查。

13.6. methoxsalen 製劑: (87/11/1)

限皮膚科專科醫師使用於 PUVA 治療(配合紫外線照射)，申報費用時需檢送含確定診斷之詳細病歷資料，俾利審查。

13.7. doxepin HCl cream (如 Ichderm) : (88/6/1)

限成人使用，每次處方不超過七天。

13.8. tazarotene (如 Tazorac Topical Gel) : (91/4/1)

1. 限乾癬之病例使用。

2. 使用量以每星期不高於一支為原則。若因病情需要，使用量需超過每星期一支者，應於病歷詳細記載理由。

13.9. tacrolimus (如 Protopic Ointment) : (91/12/1、93/8/1、95/7/1)

限二歲以上孩童、青少年及成人因為潛在危險而不宜使用其他傳統治療、或對其他傳統治療反應不充分、或無法耐受其他傳統治療且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(95/7/1)

1. 成人患部面積 30%~50%，1tube/30g/wk；患部面積>50%，2 tube/30g/wk。
2. 孩童患部面積 30%~50%，1tube/30g/2wk；患部面積>50%，1 tube/30g/wk
3. 面積計算：成人依照 rule of nines(詳備註 1)，由部位乘予大約比例之總和，兒童依比例(備註 2，Barkin 公式)修訂。
4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。
5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。(93/8 /1)
6. 不可合併紫外線治療。(93/8 /1)

備註 1：rule of nines 計算法：頭頸 9%，兩上肢 18%，軀幹 18%，背 18%，兩下肢 36%，陰部 1%。

備註 2：兒童患部面積計算如附表十七(From Roger M. Barkin)

13.10. calcitriol (如 Silkis ointment) : (92/11/1、93/9/1)

限用於小於 35%體表面積之輕度至中重度乾癬之病例，使用量以每星期不高於一支(30gm)為原則，若因病情需要使用量需超過每星期一支(30gm)者，應於病歷詳細紀錄理由。其面積計算：依照 rule of nines 計算法。(同 13.9 備註 1)

13.11. pimecrolimus (Elidel 1%) : (92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1)

限二歲以上孩童、青少年及成人且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(94/3/1、95/7/1)

1. 成人患部面積 30%~50%，1tube/30g/wk；患部面積>50%，2 tube/30g/wk。(94/3/1)
2. 孩童患部面積 30%~50%，1tube/30g/2wk；患部面積>50%，1tube/30g/wk。
3. 面積計算：成人依照 rule of nines(詳 13.9 之備註 1)，由部位乘予大約比例之總和，兒童依比例(詳 13.9 之備註 2，Barkin 公式)修訂。(94/3/1)
4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。
5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。(93/8/1)
6. 不可合併紫外線治療。(93/8/1)

第 14 章 眼科製劑 Ophthalmic preparations

14.1. β -交感神經阻斷劑眼用製劑(如 betaxolol、carteolol、levobunolol、timolol)：

限青光眼病例使用。

14.1.1. β -交感神經阻斷劑眼用複方製劑(如 Fotil)：(91/12/1)

限用於青光眼(適用於單獨使用 pilocarpine 或 β -receptor blocker 仍無法適當控制眼壓時)。

14.1.2. β -交感神經阻斷劑眼用複方製劑(如 Cosopt)：(92/2/1)

限經單一降眼壓藥物治療，眼壓控制不良之青光眼患者第二線使用。

14.2. Acyclovir 眼用製劑：限下列病例使用

1. 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝 V1 皮節，可能危及眼角膜者。
2. 帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。
3. 急性視網膜壞死症 (acute retina necrosis)。
4. 本品不宜與口服、外用或注射製劑合併使用。

14.3. maxitrol oph oint ; pimafulcin oint：

門診處方限一支。

14.4. Quinolone 類眼用製劑：(87/4/1、90/12/1、93/2/1、94/7/1)

14.4.1. ofloxacin, norfloxacin, ciprofloxacin, moxifloxacin, levofloxacin 眼用製劑：(87/4/1、93/2/1、94/7/1、96/5/1)

1. 限用於角膜潰瘍或嚴重角膜炎病例。
2. 其餘眼科疾患，則列為第二線用藥，申報費用時須檢附細菌敏感試驗報告。

14.4.2 lomefloxacin (Okacin)：(90/12/1、93/2/1)

1. 對 lomefloxacin hydrochloride 易感性細菌所造成之結膜炎、眼瞼炎等之第二線用藥。
2. 申報費用時需檢附細菌敏感試驗報告。

14.5. 人工淚液：(87/7/1、93/2/1)

1. 乾眼症病患經淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)至少單眼淚液分泌少於 5 mm 者。
2. 因乾眼症導致角膜病變、暴露性角膜病變或其它相關之角膜病變必需時之使用。

14.6. Carbonic Anhydrase Inhibitor (如 Trusopt、Azopt 1% Sterile Ophthalmic Suspension): (90/10/1)

限對 β -blocker 有禁忌、不適或使用效果不佳之青光眼病患使用。

14.7. 前列腺素衍生物類: latanoprost (如 Xalatan); isopropyl unoprostone(如 Rescula); travoprost (如 Travatan); bimatoprost (如 Lumigan)及其複方製劑 (如 Xalacom) 等: (93/2/1)

1. 限對 β -blockers 使用效果不佳或不適用之青光眼病患使用。宜先以單獨使用為原則。
2. 療效仍不足時，得併用其他青光眼用藥。
3. 每三週得處方一瓶。

14.8. ketorolac tromethamine (如 Acular Ophthalmic Solution): (89/11/1)

限白內障手術後之眼部發炎使用。

14.9. 其他 Miscellaneous

14.9.1. botulinum toxin type A (如 Botox): (90/1/1)

1. 本藥品限以下適應症使用，且使用時需經事前專案審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料及治療計畫，每一個案每一年須重新評估一次。
- 2 使用於眼瞼痙攣或半面痙攣
 - (1)限十二歲以上，經區域以上教學醫院之眼科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為眼瞼痙攣或半面痙攣之病患使用。
 - (2)需符合 Spasm Intensity Scale 三級（含）以上，另有病歷記載已持續以其他方式治療六個月以上無效者。
 - (3)每次注射最高劑量：眼瞼痙攣為每側 20 單位，半面痙攣為每側 30 單位。每年最多注射三次為原則。
 - (4)事前審查申請時需檢附照片以利審查。

◎ 前開注射劑量單位僅適用於 Botox[®] 劑量計算。

14.9.2. botulinum toxin type A (如 Dysport): (91/2/1)

1. 使用於眼瞼痙攣或半面痙攣：
 - (1)限十二歲以上，經區域以上（含）教學醫院之眼科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為眼瞼痙攣或半面痙攣之病患使用。
 - (2)需符合 Spasm Intensity Scale 三級（含）以上，另有病歷記載已持續以其他方式治療六個月以上無效者。

- (3)每次注射最高劑量：眼瞼痙攣為每側八〇單位，半面痙攣為每側一二〇單位。每年最多注射三次為原則。
- (4)事前審查申請時需檢附照片以利審查。

◎ 前開注射劑量單位僅適用於 Dysport® 劑量計算。

◎ **Spasm Intensity Scale :**

- 0 正常眨眼次數。
- 1 眨眼次數因對外界刺激（如光、風等）而增加。
- 2 輕微但明顯之眼瞼震顫（無痙攣），且未引起生活不便。
- 3 中度，且極明顯之眼瞼痙攣，且引起生活不便。
- 4 嚴重影響生活（無法閱讀、駕駛等）。

14.9.3 verteporfin (如 Visudyne powder for solution for infusion):
(95/6/1).

- 1. 限高度近視發生黃斑部疾病引起之視網膜下中央凹脈絡膜血管新生之典型病灶病患。
- 2. 限教學醫院眼科專科醫師施行。
- 3. 治療間隔 2 至 3 個月，每眼每年限治療 3 次為上限。
- 4. 限經事前審查核准後使用，申請時需檢附所有以前之治療紀錄及就醫經過資料，含括 FAG、眼底彩色照片。

第 15 章 婦科製劑 Gynecological preparations

- 15.1. prostaglandin E 栓劑 (如 Prostin E VT) :
限產科引產時使用。

附表一 全民健康保險醫療常用第一線抗微生物製劑品名表

口 服	注 射
amoxicillin	amphotericin B
ampicillin	ampicillin
bacampicillin	benzathine penicillin
cefadroxil	cefazolin
cephalexin	cephalexin (87/07/01)
cephradine	cephaloridine
clindamycin	cephalothin
cloxacillin	cephapirin
colistin	cephradine
dicloxacillin	clindamycin
doxycyclin	cloxacillin
ethambutol(EMB)	doxycycline
griseofulvin	gentamicin
hetacillin	hetacillin
isoniazid(INH)	kanamycin
ketoconazole	lincomycin(限用 10ml 包裝)
methacycline	metronidazole
metronidazole	oxacillin
minocycline	oxytetracycline
mycostatin	penicillin
nalidixicacid	rifamycin SV Inj(限用於結核菌感染症)
neomycin	rolitetracycline
nitrofurantoin	streptomycin
nitroxoline	flucloxacillin(94/3/1)
oxytetracycline	
penicillin	
pyrazinamide(PZA)	
rifampicin (限用於結核菌感染症)	
tetracycline	
trimethoprim/ sulfa methoxazole	

附表二-A 全民健康保險使用 r-TPA(Actilyse)或 tenecteplase (Metalyse)申報表 (血管 (不含腦血管) 血栓病患用)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

- ☐ 急性心肌梗塞
☐ 懷疑有急性肺動脈栓塞
☐ 周邊血管血栓

診 斷	<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞，符合以下各條件 <input type="checkbox"/> 確定診斷 <input type="checkbox"/> 發作在十二小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 近期中無腦血管疾病，手術及出血現象 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	診斷根據 <input type="checkbox"/> 臨床症狀 <input type="checkbox"/> 心電圖變化 <input type="checkbox"/> SGOT 升高 <input type="checkbox"/> CPK 升高 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈造影 <input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 在梗塞發作十二小時以內注射 發作時刻_____年_____月_____日_____時_____分 來診時刻_____年_____月_____日_____時_____分 開始注射時間_____年_____月_____日_____時_____分 間隔 <input type="checkbox"/> 1 小時以內 <input type="checkbox"/> 1-2 小時 <input type="checkbox"/> 2-4 小時 <input type="checkbox"/> 4-6 小時 <input type="checkbox"/> 6-12 小時	
用量 <input type="checkbox"/> 2 瓶(100mg) <input type="checkbox"/> 1 瓶(50mg)		
心肌梗塞部位 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 中隔部 <input type="checkbox"/> 後壁		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

附表二-B 全民健康保險使用 r-TPA(Actilyse)申報表
(急性缺血性腦中風病患用)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
出生日期		身份證號		體重	
病歷號碼		藥品名稱		申請數量	
藥品代碼		使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日		用法用量

□ 急性缺血性腦中風

診	<input type="checkbox"/> 急性缺血性腦中風，符合以下各條件	診斷根據
	<input type="checkbox"/> 確定診斷 <input type="checkbox"/> 發作在三小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 符合適應症 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	<input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 神經檢查(含 NIHSS) <input type="checkbox"/> 實驗室檢查 <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 其他
斷	<input type="checkbox"/> 在腦梗塞發作三小時以內注射 發作時刻_____年_____月_____日_____時_____分 來診時刻_____年_____月_____日_____時_____分 電腦斷層 核磁共振完成時間_____年_____月_____日_____時_____分 開始注射時間_____年_____月_____日_____時_____分	
實際用量：_____ mg		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

附表二-C 急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表

一、 收案條件 (必需均為”是”)

是 否

- ☐ ☐ 臨床懷疑是急性缺血性腦中風，中風時間明確在 3 小時內並已完成各項檢查。
- ☐ ☐ 腦部電腦斷層沒有顱內出血。
- ☐ ☐ 年齡在 18 歲到 80 歲之間。

二、 排除條件 (必需均為”否”)

是 否

- ☐ ☐ 輸注本藥前，缺血性發作的時間已超過 3 小時或症狀發作時間不明。
- ☐ ☐ 輸注本藥前，急性缺血性腦中風的症狀已迅速改善或症狀輕微。(例如 NIHSS<6 分)
- ☐ ☐ 臨床 (例如 NIHSS>25 分) 及/或適當之影像術評估為嚴重之中風 (電腦斷層大於 1/3 中大腦動脈灌流區之低密度變化)。
- ☐ ☐ 中風發作時併發癲癇。
- ☐ ☐ 最近 3 個月內有中風病史或有嚴重性頭部創傷。
- ☐ ☐ 過去曾中風且合併糖尿病。
- ☐ ☐ 中風發作前 48 小時內使用 heparin，目前病人活化部分凝血酶原時間(aPTT)之值過高。
- ☐ ☐ 血小板<100,000/mm³。
- ☐ ☐ 活動性內出血。
- ☐ ☐ 顱內腫瘤、動靜脈畸形或血管瘤。
- ☐ ☐ 收縮壓>185mmHg 或舒張壓>110mmHg，或需要積極的治療 (靜脈給藥) 以降低血壓至前述界限以下。
- ☐ ☐ 血糖<50mg/dl 或>400mg/dl。
- ☐ ☐ 目前或過去 6 個月內有顯著的出血障礙、易出血體質。
- ☐ ☐ 病人正接受口服抗凝血劑，如 warfarin sodium (INR>1.3)。
- ☐ ☐ 中樞神經系統損害之病史 (腫瘤、血管瘤、顱內或脊柱的手術)。
- ☐ ☐ 懷疑或證實包括蜘蛛膜下腔出血之顱內出血或其病史。
- ☐ ☐ 嚴重且未被控制的動脈高血壓。
- ☐ ☐ 過去 10 天內曾動過大手術或嚴重創傷 (包括最近之急性心肌梗塞所伴隨的任何創傷)、最近頭部或顱部曾發生創傷。
- ☐ ☐ 過久的或創傷性的心肺復甦術 (超過 2 分鐘)、分娩、過去 10 天內曾對無法壓制之部位施行血管穿刺 (如鎖骨下靜脈或頸靜脈穿刺)。

- ☐ ☐ 嚴重肝病，包括肝衰竭、肝硬化、肝門脈高壓（食道靜脈曲張）及急性肝炎。
- ☐ ☐ 出血性視網膜病變，如糖尿病性（視覺障礙可能為出血性視網膜病變的指標）或其他出血性眼疾。
- ☐ ☐ 細菌性心內膜炎，心包炎。
- ☐ ☐ 急性胰臟炎。
- ☐ ☐ 最近 3 個月內曾患胃腸道潰瘍。
- ☐ ☐ 動脈瘤，靜/動脈畸形。
- ☐ ☐ 易出血之腫瘤。
- ☐ ☐ 對本藥之主成分或賦型劑過敏者。
- ☐ ☐ 其他（例如在排除條件未提到但會增加出血危險狀況，如洗腎患者、嚴重心衰竭或身體太衰弱者）。

附表三-A 全民健康保險使用維生素之醫治病症

藥品名稱	醫 治 病 症
維生素A	夜盲症、眼球乾燥症、角膜軟化症、皮膚角化異常症
維生素B ₁ (89/2/1)	維生素B1 (thiamine) 缺乏症、營養吸收障礙症候群 (malabsorption syndrome)、或胰臟炎等需以全靜脈營養劑 (total parenteral nutrition, TPN) 提供營養支持之病患、酒精戒斷症候群 (alcohol withdrawal syndrome)。
維生素B ₂	口角炎、維生素B2 有效之皮膚病
維生素B ₆	妊娠嘔吐、維生素B6 有效之皮膚炎、預防及治療其他藥品所引起神經病變。
維生素B ₁₂	巨球性貧血、缺乏維生素B12 引起之血液或神經病變。
維生素C	壞血病
維生素D	佝僂病、骨軟化症、尿毒症腎性骨質病變、副甲狀腺機能低下
維生素K	缺乏維生素K所致之出血症
菸鹼酸	癩皮症、血脂過高症
葉酸	巨大紅血球貧血症、服用抗痙劑 phenytoin 引起之葉酸缺乏或其預防。

附表三-B 全民健康保險使用荷爾蒙之醫治病症

藥品名稱	醫 治 病 症
女性荷爾蒙	閉經、不孕症、乳癌、前列腺癌、子宮機能性出血、停經後荷爾蒙之補充、腦下垂體疾病引起之無經症、有症狀之更年期症候群
黃體荷爾蒙	流產、子宮機能性出血、不孕症、乳癌、子宮內膜異位、停經後婦女
男性荷爾蒙	乳癌、子宮機能性出血、再生不良性貧血、血小板低下症、腦下垂體功能不足

附表四 全民健康保險使用 Human Albumin 申報表

醫院	
----	--

病人姓名		身分證號		科別	
年齡		性別		病房號	
				門診	

使用日期_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

使用藥劑名稱及代碼_____

適應症	<input type="checkbox"/> 休克	<input type="checkbox"/> A 七十歲老人 <input type="checkbox"/> B 嬰幼兒 <input type="checkbox"/> C 合併心衰竭 <input type="checkbox"/> D 其他休克病人已給生理鹽水等
	<input type="checkbox"/> 蛋白嚴重流失小於 2.5gm/dl	<input type="checkbox"/> E 肝硬化症 <input type="checkbox"/> F 腎症候群 <input type="checkbox"/> G 嚴重燒、燙傷 <input type="checkbox"/> H 肝移植
	<input type="checkbox"/> 蛋白嚴重流失小於 3.0gm/dl	<input type="checkbox"/> J 嚴重肺水腫 <input type="checkbox"/> K 大量肝切除
	<input type="checkbox"/> 開心手術	

用	日 期	用量 (瓶)	檢驗結果 A/G(gm/dl)	檢查日期	審核結果
	年 月 日				
量					
注意事項	Albumin 值限最近 3 天以內，如係多次注射限上次注射後，最近 3 天內之結果。 每次注射前，務必檢查 Albumin 值，符合條件方可以再注射。				

使用效果評估	<input type="checkbox"/> Albumin 值提升至 _____ gm/dl	審核意見	
--------	---	------	--

附表五 全民健康保險使用 Novo Seven ; Feiba 申報表

醫院代號		醫院名稱		病歷號碼	
姓名	性別	年齡	身分證號		
門診時間	年 月 日	住院期間	年 月 日至 年 月 日		
主要症狀	<input type="checkbox"/> 缺乏第七凝血因子之患者				
	<input type="checkbox"/> 發生第八因子和第九因子抗體者(抗體濃度超過 10 B. u.)，出現下列情況時(請敘明)：				
	<input type="checkbox"/> 明顯肌肉關節等處出血：				
	<input type="checkbox"/> 手術時：				
檢驗結果	PT:		PTT:		VII:C
	VIII:C		IX : C		其他:
抗體力價	VIII Ab	(1) 年 月 日 B. u.	(2) 年 月 日 B. u.		
	IX Ab	(1) 年 月 日 B. u.	(2) 年 月 日 B. u.		
治療情形	(1)藥物及劑量：		年 月 日	療效	
			至 年 月 日		
	(2)藥物及劑量：		年 月 日	療效	
			至 年 月 日		
	(3)藥物及劑量：		年 月 日	療效	
			至 年 月 日		

申報醫師：

附表六 全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin(IVIG)
治療川崎病 (Kawasaki Disease) 申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

A. 臨床症狀

- ☐發燒五天或五天以上
- ☐肢端病變：急性期手掌足底變紅、腫
恢復期從指（趾）尖開始脫皮
- ☐多行性皮疹
- ☐兩眼眼球結膜充血(bulbar conjunctiva)
- ☐嘴唇及口腔的變化：紅唇、乾裂、草莓舌、咽喉泛紅
- ☐項部淋巴腺腫

B. 實驗檢查數值

紅血球沉降速率(ESR)_____ C-反應蛋白_____

血色素(血比容)_____ 血小板_____

C. 心臟超音波 ☐冠狀動脈病變

◎ 請注意是否有下列疾病再使用

有	無	疾 病 或 症 狀
		Streptococcal Inf. (如 scarlet fever)
		Viral & rickettsial exanthems
		Drug reaction (eg. Stevens-Johnson syndrome)
		Juvenile rheumatoid arthritis
		Staphylococcal scalded skin syndrome
		Toxic shock syndrome

附註

川崎病診斷標準請參考 IVIG 使用規定
IVIG 限區域醫院(含)以上教學醫院使用
IVIG 限病發十天內使用

審核意見：

申請醫師_____醫事機構章戳_____

附表七 全民健康保險使用抗癌藥品申請表（一）

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動		受理日期：		受理編號：		緊急傳真日期：			
醫療機構	名稱	保險對象	姓 名	出生	原 受 理 編 號 (申復時填用)		預 定 實 施 日 期		申請醫師 身分證號		
	代號		身 分 證 統 一 編 號	科 別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷 號碼					
疾病名稱		使用日期				年 月 日至 年 月 日					
藥品代碼	成分類別	給付規定				用法 用量	申請 數量	健保局核定欄			
	<input type="checkbox"/> trastuzumab (如 Herceptin)	<input type="checkbox"/> 單獨使用於治療腫瘤細胞上有過度 HER2 表現，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。 <input type="checkbox"/> 與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 IHC Test3 或 FISH(+)者。						<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為_____			
	<input type="checkbox"/> rituximab (如 Mabthera)	限用於 <input type="checkbox"/> 復發或對化學療效有抗性之低惡度 B 細胞非何杰金氏淋巴瘤。 <input type="checkbox"/> 併用 CHOP 或其他化學療法，用於 CD20 抗原陽性之 B 瀰漫性大細胞非何杰金氏淋巴瘤之病患。 <input type="checkbox"/> 併用 CVP 化學療法，用於未經治療之和緩性（組織型態為濾泡型）B 細胞非何杰金氏淋巴瘤的病患。						<input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____			
注 意 事 項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各地分局申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。 7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。經報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。						中央健康保險局		日期章戳	審 查 醫 師	
	醫事服務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日 文號：				承辦人	複 核	課 長		決 行

附表八 全民健康保險使用抗癌藥品申請表（二）

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動		受理日期：		受理編號：		緊急傳真日期：		
醫療機構	名稱	保險對象	姓名	出生	原受理編號 (申復時填用)		預定實施日		申請醫師 身分證號	
	代號		身分證 統一編號	科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷 號碼				
疾病名稱						使用日期		年 月 日至 年 月 日		
藥品代碼	成分類別	給付規定				用法 用量	申請 數量	健保局核定欄		
	fludarabine phosphate <input type="checkbox"/> Fludara Oral, Film -Coated Tablet	<input type="checkbox"/> 用於 B-細胞性淋巴性白血病 (CLL) 病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑 (alkylating agent) 的治療方法治療都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化進展的病人						<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症		
	fludarabine phosphate <input type="checkbox"/> Fludara Lyophilized IV Injection	<input type="checkbox"/> 用於 B 細胞慢性淋巴性白血病 (CLL) 病患的起始治療及 CLL 與低惡性度非何杰金氏淋巴瘤 (LG-NHL) 病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑 (alkylating agent) 的治療方法都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化的病人。 <input type="checkbox"/> 作為第一線治療，限用於 Rai Stage III/IV (或 Binet C 級) 之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I/II (或 Binet A/B 級) 併有疾病相關免疫性症候 (如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下紫癜症等) 的病人時，需經過至少一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化者。每次申請最多六個 (月) 療程，再次申請以三個療程為限。						<input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃 (預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全 (如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____		
	<input type="checkbox"/> imatinib (如 Glivec)	<input type="checkbox"/> 治療正值急性轉化期 (blast crisis)、加速期或經 ALPHA-干擾素治療無效之慢性期的慢性骨髓性白血病 (CML) 患者使用。 <input type="checkbox"/> 用於治療初期診斷為慢性骨髓性白血病 (CML) 的病人。 <input type="checkbox"/> 治療成年人無法手術切除或轉移的惡性胃腸道基質瘤。						<input type="checkbox"/> 其他_____		
注意事項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各地分局申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書 (應勾註申復，並填明原受理編號) 向原核定單位申請複核。 5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。 7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處治療，並立即備齊應附文件備查。					中央健康保險局 章戳		日期	審查醫師	
	決行		科課長		複核		承辦人			
醫事服務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日 文號：								

附表九 全民健康保險使用抗癌藥品申請表（三之一）

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動				受理日期：		受理編號：		緊急傳真日期：				
醫療機構	名稱	保險對象	姓 名	出生		原 受 理 編 號 (申 復 時 填 用)		預 定 實 施 日		申請醫師 身分證號				
	代號		身 分 證 統 一 編 號	科 別	<input type="checkbox"/> 門 診 <input type="checkbox"/> 住 院	病歷 號碼								
疾病名稱						使用日期		年 月 日至 年 月 日						
藥品代碼	成分類別	給付規定				用法 用量	申請 數量	健保局核定欄						
	<input type="checkbox"/> gefitinib (如 Iressa) <input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	A. 限單獨使用於先前已使用過 platinum 類及 docetaxel 或 paclitaxel 化學治療後，但仍局部惡化或轉移之腺性非小細胞肺癌之第三線用藥。 檢具事項 <input type="checkbox"/> 非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告 <input type="checkbox"/> 曾經接受第一線及第二線化學藥物如 platinum(cisplatin 或 carboplatin) 與 taxanes (paclitaxel 或 docetaxel) 治療之證明。 <input type="checkbox"/> 影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)， B. 治療後再次申請之相關臨床資料 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光 <input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> 其他						<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____ <input type="checkbox"/> 其他_____						
	<input type="checkbox"/> temozolomide (如 Temodal)	<input type="checkbox"/> 手術或放射線治療後復發之 AA(anaplastic astrocytoma) 病人。 <input type="checkbox"/> 手術或放射線治療後復發之 GBM (Glioblastoma multiforme) 病人。												
注意事項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各地分局申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。					中央健康保險局		日期章戳		審查醫師				
	7. Iressa 每使用三個月需作療效評估，且需再經專業審查後始能繼續使用。 8. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處治療，並立即備齊應附文件備查。						決行		科課長			複核		承辦人
醫事服務機構	醫 院 印 信	申請日期： 年 月 日 文號：												

附表九 全民健康保險使用抗癌藥品申請表（三之二）

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動		受理日期：		受理編號：		緊急傳真日期：		
醫療機構	名稱	保險對象	姓名	出生	原受理編號 (申復時填用)	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷號碼	預定實施日	申請醫師身分證號	
	代號		身分證統一編號	科別						
疾病名稱						使用日期		年 月 日至 年 月 日		
藥品代碼	成分類別	給付規定				用法用量	申請數量	健保局核定欄		
	<input type="checkbox"/> pemetrexed(如 Alimta Powder for Concentrate for Solution for Infusion)	<input type="checkbox"/> 與 cisplatin 併用於惡性肋膜間質細胞瘤 <input type="checkbox"/> 以含鉑之化學療法治療失敗之局部晚期或轉移性非小細胞肺癌病患之單一藥物治療。						<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	<input type="checkbox"/> erlotinib (如 Tarceva) <input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	A. 限單獨使用於先前已使用過 platinum 類及 docetaxel 或 paclitaxel 化學治療後，但仍局部惡化或轉移之非小細胞肺癌之第三線用藥。 檢具事項 <input type="checkbox"/> 非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告。 <input type="checkbox"/> 曾經接受第一線及第二線化學藥物如 platinum (cisplatin 或 carboplatin) 與 taxanes (paclitaxel 或 docetaxel) 治療之證明。 <input type="checkbox"/> 影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)。 B. 治療後再次申請之相關臨床資料 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光 <input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> 其他 C. 不得與 gefitinib (如 Iressa) 併用。								
注意事項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各地分局申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。 7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處治療，並立即備齊應附文件備查。						中央健康保險局 日期章		審查醫師	
	醫事服務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日 文號：				決行	科課長		複核

附表九 全民健康保險使用抗癌藥品申請表（三之三）

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動				受理日期：		受理編號：		緊急傳真日期：		
醫療機構	名稱	保險對象	姓 名	出生		原 受 理 編 號 (申 復 時 填 用)		病歷號碼	預 定 實 施 日	申請醫師 身分證號		
	代號		身 分 證 統 一 編 號	科 別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院							
疾病名稱						使用日期		年 月 日至 年 月 日				
藥品代碼		成分類別		給付規定				用法 用量	申請 數量	健保局核定欄		
		<input type="checkbox"/> cetuximab (如 Erbitux) <input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請		<input type="checkbox"/> cetuximab 與 irinotecan 合併使用，治療已接受過含 5-fluorouracil (5-FU)、irinotecan 及 oxaliplatin 二線以上之細胞毒性治療失敗且具有表皮生長因子受體(EGFR)表現型的轉移性直腸結腸癌的病患。 <input type="checkbox"/> 每次申請事前審查之療程以 9 週為限，再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。使用總療程以 18 週為上限。						<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____		
		<input type="checkbox"/> bortezomib (如 Velcade for Injection)		<input type="checkbox"/> 限用於經兩種化學治療藥物治療無效後之多發性骨髓瘤病人。 <input type="checkbox"/> 每次使用以 8 個療程為限，惟使用 4 個療程後，必須確定 paraprotein (M-protein)未上升(即表示為 response 或 stable status) 或對部分 non-secretary type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 為療效依據，方可使用後 4 個療程。								
注意 事項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各地分局申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。 7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處治療，並立即備齊應附文件備查。							中央健康保險局		日期章戳	審查醫師	
	醫事服務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日				決行	科課長	複核	承辦人		
		文號：										

附表十 患者服用 isotretinoin 口服製劑同意書

病歷號碼：_____

茲證明本人 _____ 年齡 _____ 出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身分證號碼：_____

地 址：_____

確認經由 _____ 醫院 _____ 醫師詳細告知服用

isotretinoin 口服製劑 之主要可能副作用和處置方式。

本人完全瞭解 isotretinoin 口服製劑可能對本人的其他療法無效的嚴重性囊腫型及結節狀痤瘡有所幫助，但服用時必須要小心，特別要注意下列事項：

1. 女性患者服藥期間及停藥後至少 4 個星期內，絕對不可懷孕，因為在上述期間發生懷孕，則很可能產生胎兒畸形。
2. 服藥期間及停藥至少四個星期內，請勿捐血以免受血者產生畸胎。
3. 因為對肝腎功能不全之病人為禁忌，請病人須依醫師指示定期做血液、肝功能、血脂肪等方面之檢查。
4. 未經醫師許可，絕對不可將 isotretinoin 口服製劑轉予他人使用。

本人確實瞭解採取下列方法為絕對需要：

1. 女性患者在服用 isotretinoin 口服製劑 前必須驗孕以確定尚未懷孕。
2. 女性患者在服用 isotretinoin 口服製劑 之前的四個星期，治療期間及停藥後至少 4 個星期內，必須使用有效之避孕方法。
3. 萬一在上述期間發生懷孕，本人保證立刻通知 _____ 醫師。

雖然本人充分瞭解假使在上述期間發生懷孕可能導致之後果，本人仍然願意接受 isotretinoin 口服製劑 治療，並且願意承受這種危險性及有關注意事項。

為慎重計，特立此同意書。

日期： 民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日，地點： _____

立同意書人： _____

（未達 20 歲之未成年須經法定代理人之同意）

附表十一 患者服用acitretin製劑同意書

病歷號碼：_____

茲證明本人_____年齡_____出生日期_____年_____月_____日

身分證號碼：_____

地 址：_____

確認經由_____醫院_____醫師詳細告知服用

acitretin製劑之主要可能副作用和處置方式。

本人完全瞭解acitretin製劑可能對本人的嚴重性牛皮癬或皮膚角化症有所幫助，但服用時必須要小心，特別要注意下列事項：

1. 女性患者服藥期間及停藥後至少 24 個月內，絕對不可懷孕，因為在上述期間發生懷孕，則很可能產生胎兒畸形。
2. 服藥期間及停藥至少廿四個月內，請勿捐血以免受血者產生畸胎。
3. 因為對肝腎功能不全之病人為禁忌，請病人須依醫師指示定期做血液、肝功能、血脂肪等方面之檢查。
4. 未經醫師許可，絕對不可將acitretin製劑轉予他人使用。

本人確實瞭解採取下列方法為絕對需要：

1. 女性患者在服用acitretin製劑前必須驗孕以確定尚未懷孕。
2. 女性患者在服用acitretin製劑之前的四個星期，治療期間及停藥後至少 24 個月內，必須使用有效之避孕方法。
3. 萬一在上述期間發生懷孕，本人保證立刻通知_____醫師。

雖然本人充分瞭解假使在上述期間發生懷孕可能導致之後果，本人仍然願意接受acitretin製劑治療，並且願意承受這種危險性及有關注意事項。

為慎重計，特立此同意書。

日期： 民國_____年_____月_____日，地點：_____

立同意書人：_____

（未達 20 歲之未成年須經法定代理人之同意）

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身分證號		病歷號碼		體重	
藥品代碼		申請數量		用法用量	
使用期間	自 年 月 日 時 分至 年 月 日 時 分				

申報醫師： 本表請併醫療費用申報

附表十三 全民健康保險類風濕關節炎病患 28 處關節疾病活動度〈Disease Activity Score, DAS 28〉評估表

	右		左	
	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹
	TENDERNESS	SWELLING	TENDERNESS	SWELLING
肩關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手肘關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手腕關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姆指指間關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膝關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
觸痛關節之總數				
(左邊 + 右邊)				
腫脹關節之總數				
(左邊 + 右邊)				
紅血球沉降速率				
毫米/小時				
整體健康狀態評估				

MCP 關節：掌骨與指骨間的關節（MCP：Metacarpophalangeal）

PIP 關節：近側的指骨間關節（PIP: Proximal Interphalangeal）

整體健康狀態評估：即在 100 mm 圖像模擬量表中所呈現的整體健康狀態

附表十四 全民健康保險疾病修飾抗風濕病藥物 (DMARDs)
之標準目標劑量暨治療劑量表

DMARDs 名稱	標準目標劑量 Standard Target Dose	治療劑量 Therapeutic Dose
methotrexate	15-20 毫克 / 週	7.5 毫克 / 週
hydroxychloroquine	6.5 毫克 / 公斤 / 天	200-400 毫克 / 天
sulphasalazine	40 毫克 / 公斤 / 天	2 公克 / 天
intramuscular Gold	50 毫克 / 週	50 毫克 / 週
D-penicillamine	500-750 毫克 / 天	500-750 毫克 / 天
azathioprine	2 毫克 / 公斤 / 天	100 毫克 / 天
cyclosporines	2.5-5.0 毫克 / 公斤 / 天	2.5 毫克 / 公斤 / 天

圖一：整體健康狀態 (General Health Status)



附表十五 全民健康保險使用 etanercept；adalimumab 申請表 〈第一頁〉

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日

<input type="checkbox"/> 符合美國風濕病學院 1987 年類風濕關節炎分類標準中之診斷條件									
<input type="checkbox"/> 符合連續活動性關節炎之條件（間隔至少一個月的二次 DAS28 積分皆大於 5.1） 28 處關節疾病活動度評估〈Disease Activity Score, DAS 28〉 （請附當時關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告）									
	評估時間____年____月____日 DAS28 積分：_____				評估時間____年____月____日 DAS28 積分：_____				
	右		左		右		左		
	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	
肩關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
手肘關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
手腕關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MCP 關節 I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MCP 關節 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MCP 關節 III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MCP 關節 IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MCP 關節 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
姆指指間關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PIP 關節 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PIP 關節 III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PIP 關節 IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PIP 關節 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
膝關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
觸痛關節之總數(左邊+右邊)									
腫脹關節之總數(左邊+右邊)									
紅血球沉降速率									
整體健康狀態評估									

整體健康狀態評估(general health assessment)：100 mm 圖像模擬量表中所呈現的整體健康狀態。

☐ 符合標準 DMARDs 療法失敗(定義請參照 etanercept；adalimumab 使用規範，續用申請時免填)

DMARDs 名稱	劑量	使用期間
methotrexate	_____ mg/week	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
hydroxychloroquine	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
sulphasalazine	_____ g/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
IM Gold	_____ mg/week	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
D-penicillamine	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
azathioprine	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
leflunomide	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
cyclosporine	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

經過六個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____

若 DMARDs 藥物治療未達標準目標劑量(standard target dose)，請說明藥物引起之副作用：

☐ 符合「須排除或停止 etanercept；adalimumab 使用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 etanercept；adalimumab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括 1. 慢性腿部潰瘍，2. 曾罹患結核病〈已經接受過完整療程的抗結核藥物患者，應進行詳細的評估，以免結核病再度復發；在開始治療之前，亦應考慮患者的危險/效益比〉，3. 過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者，4. 人工關節受到感染〈該人工關節未除去前，不可使用 etanercept；adalimumab〉，5. 頑固性或復發性的胸腔感染疾病，6. 具有留置導尿管之情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 etanercept；adalimumab 療效：經過 6 個月治療後 DAS28 總積分下降程度大於 1.2，或總積分仍小於 3.2 者。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 etanercept；adalimumab 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師(簽名蓋章)：_____

內科專科醫師證書：內專字第_____號

風濕病專科醫師證書：中樓字第_____號

醫事機構章戳：

附表十六 全民健康保險使用 etanercept 申請表（第一頁）
（四歲至十七歲兒童）

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身份證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日
<input type="checkbox"/> 符合活動性多關節幼年型慢性關節炎之診斷： <input type="checkbox"/> 1. 全身性（systemic） <input type="checkbox"/> 2. 多發性關節炎（polyarticular）（類風濕性因子陽性或陰性者皆可） <input type="checkbox"/> 3. 擴散型的嚴重少數關節炎（extended oligoarticular） 診斷條件：（請列出符合之臨床、血液及X光條件）					
符合活動性關節炎（請附治療前後關節腫脹之相關照片或關節X光檢查報告）					
		評估時間 年 月 日		評估時間 年 月 日	
腫脹關節	請詳列關節於下		請詳列關節於下		
疼痛或壓痛關節	請詳列關節於下		請詳列關節於下		
活動範圍受到限制關節	請詳列關節於下		請詳列關節於下		
腫脹關節的總數					
疼痛或壓痛關節的總數					
活動範圍受到限制的關節總數					
醫師的整體評估					
紅血球沈降速率(ESR)					
CRP(mg/dL)					

附表十六 全民健康保險使用 etanercept 申請表(第二頁)
(四歲至十七歲兒童)

<input type="checkbox"/> 符合標準療法失敗		
藥物名稱	劑量	使用期間
methotrexate	_____mg/m ² /week	____年__月__日至____年__月__日
類固醇(藥名)	_____mg/kg/day	____年__月__日至____年__月__日
其他	_____mg/day	____年__月__日至____年__月__日
若藥物治療未達標準目標劑量，請說明藥物引起之副作用：		
<input type="checkbox"/> 符合「須排除或停止 etanercept 使用之情形」		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 etanercept 仿單記載之禁忌情	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否懷孕或正在授乳。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性的感染疾病。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患或先前曾罹患過結核病。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患身上是否帶有人工關節，罹患或先前曾罹患敗血症(sepsis)。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否有免疫功能不全。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 etanercept 療效不彰：經過六個月治療後，未達療效反應標準或有惡化現象。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 etanercept 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)。	

申請醫師(簽名蓋章)：_____

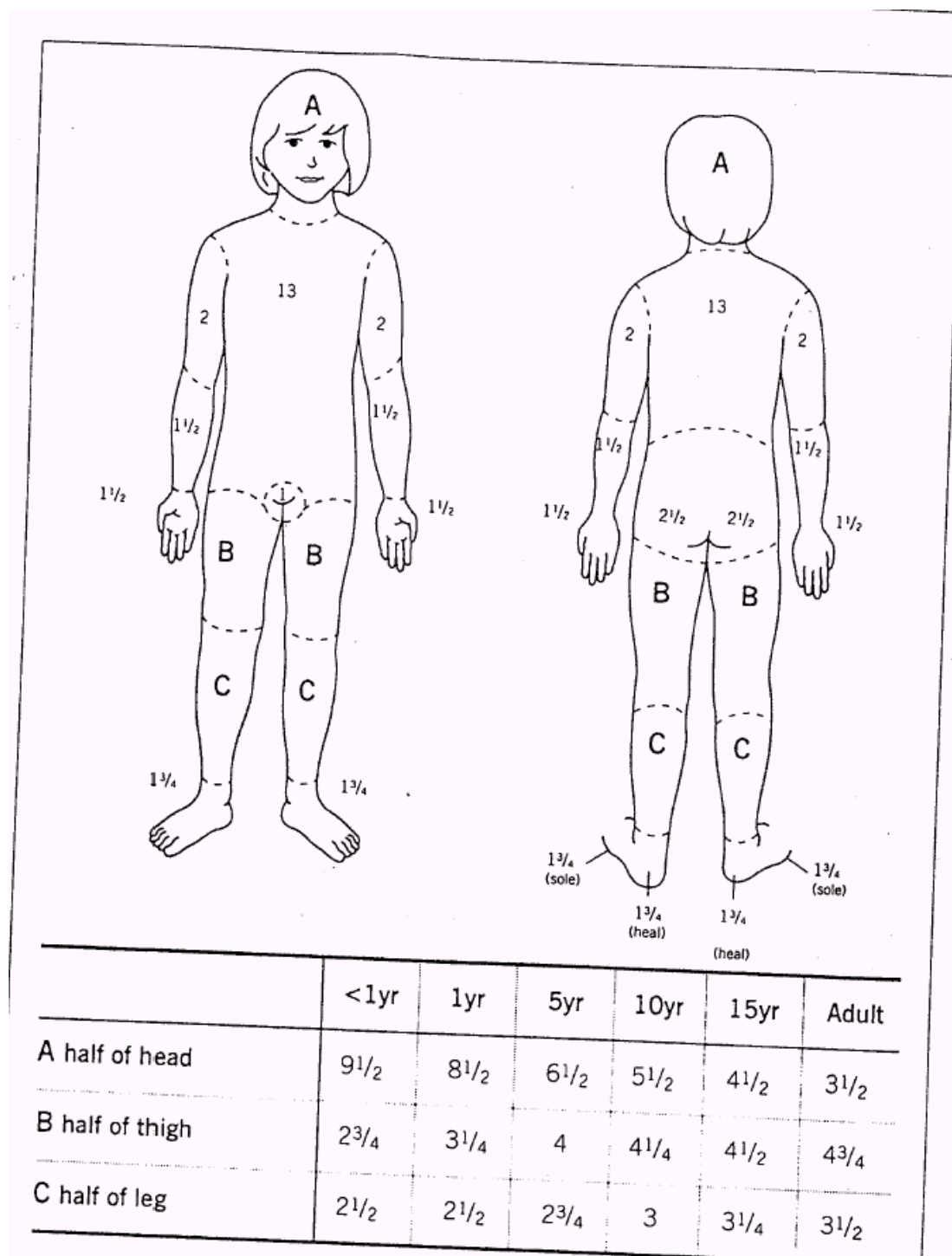
內科專科醫師證書：內專醫字第_____號

風濕病專科醫師證書：中僑專醫字第_____號 醫事機構章戳：

小兒科專科醫師證書：兒專醫字第_____號

小兒過敏免疫專科醫師證書：專醫字第_____號

附表十七 全民健康保險使用 tacrolimus 兒童患部面積計算圖
Barkin 公式



附表十八 全民健康保險血友病患者使用「第八、第九凝血因子」治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：☐ A型血友病 ☐ 輕 ☐ 中 ☐ 重
☐ B型血友病 ☐ 輕 ☐ 中 ☐ 重

領藥日（年/月/日）：____/____/____ 領藥量（瓶）：_____ 藥名：_____

注射日	注射時間			注射量 (瓶)	注射者					出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射效果		注射次數	副作用
	(月/日)	上午	下午 時間 (時/分)		自己	父親	母親	診所	其它	左	右	代號或部位	改善	未改善		

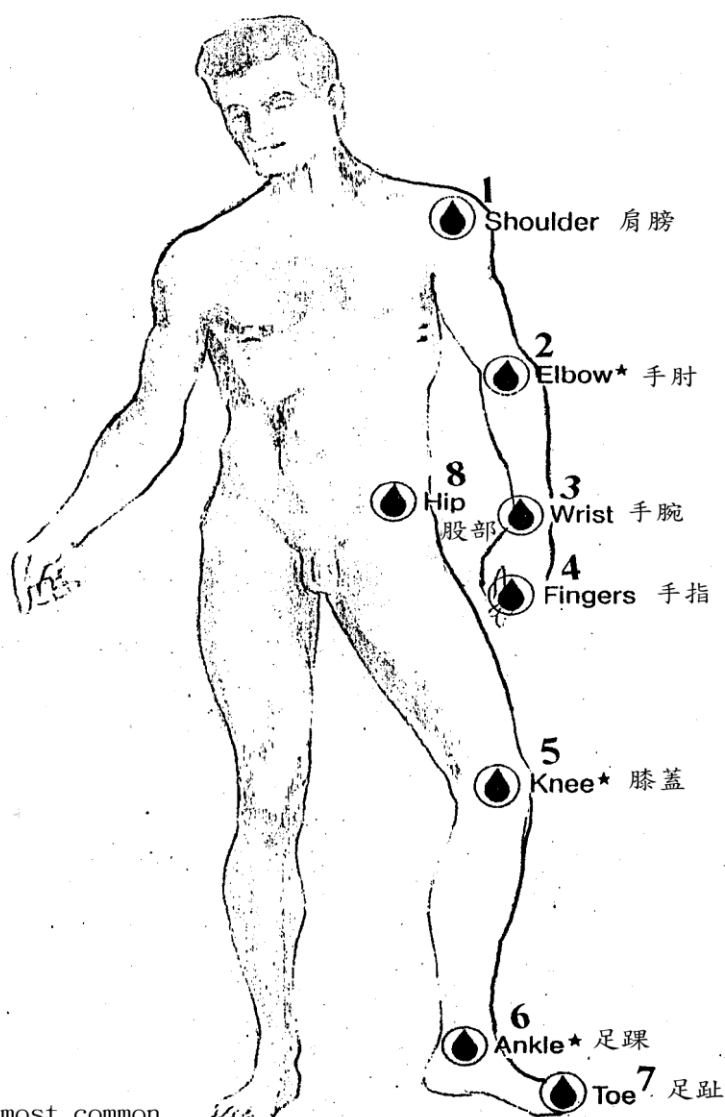
備註:1. 下次回診時，請務必攜帶此紀錄

2 出血部位說明請見背面圖示

3. 注射次數：每次出血時第一次注射請寫“1”，第二次注射請寫“2”，依此類推。預防性注射請寫△

Possible Sites of Joint Bleeding 關節可能出血的部位

※如非關節出血・請直接於
欄位中填寫出血部位。



★ most common
有記號者最容易出血處

附表十九 全民健康保險使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療後，症狀改善評量表

病人姓名：_____

病歷號碼：_____

(請依自覺程度給分)：

1. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前口腔乾燥的情形是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 2. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前晚上睡覺時，需要起來喝水的次數是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 3. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前隨身準備水的習慣是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 4. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前口渴的情況是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 5. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前吞東西困難的情況是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 6. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前說話困難的情況是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 7. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前舌頭燒灼的感覺是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 8. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前嘴唇乾燥，龜裂的症狀是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 9. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前感覺不到味覺的症狀是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
 10. 使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前聲音沙啞或改變的情形是否有改善？
☐ 完全改善 (3) ☐ 明顯改善 (2) ☐ 輕微改善 (1) ☐ 沒有改善 (0) ☐ 更加嚴重 (-1)
- 勾選完後，請交由醫師評量你口乾的症狀

總分：_____

☐繼續服用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型

☐不建議服用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型

醫師簽章：_____

日期：_____

附註：總分大於十分（含）以上者，證明病人服用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型的確有改善，可以繼續服用。若低於 10 分，則不建議服用。

<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>	<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>
Abciximab		17		ATG-fresenius		51	
Acarbose		34		Atomoxetine HCl		9	
Accolate		42		Atracurium		10	
Acetaminophen +		4		Atrovent		42	
Tramadol HCl				Augmentin tab		69	
Acetylsalicylic acid		17		Avelox		75	
Acitretin		79		Avodart		34	
Actilyse		20		Azithromycin		70	
Actonel		40		Azopt		83	
Acular oph slon		83		Bactroban oint		79	
Acyclovir		72,82		Balsalazide		49	
Adalimumab		2,52		Basazyde		49	
Agalsidase alfa		27		Beclomethasaone cap. for		78	
Agalsidase beta		27		spray			
Aggrastat		17		Betaferon		52	
Aldesleukin		2,61		Betaloc ZOK		23	
Alendronate		39		Betaxolol		82	
Alfacalcidol		25		Bicalutamide		34	
Alprostadil		19		Bimatoprost		83	
Alimta		64		Bisphosphonate		39	
AmBisome		72		Bortezomib		65	
Amisulpride		5		Botox		12,83	
Amiyu		26		Botulinum toxin type A		12,83	
Amoxicillin+ clauvulanic acid		69		Bricanyl		42	
Ampicillin+sulbactam		69		Britaject Pen(Apo-go Pen)		2	
Amphocil		72		Bromocriptine		37	
Amphotericin B		72		Budesonide		42	
Anastrozole		59		Buflomedil		18	
Anexate		77		Bupropion		5	
Ansullina		69		Buserelin		34,38	
Aprepitant		49		Cabergoline		37	
Aricept		7		Cadexomer iodine		79	
Aranesp		1,29		Caelyx		62	
Arava		56		Calcipotriol ointment		79	
Arheuma		56		Calcitriol		25	
Arimidex		59		Calcium salt (oral)		27	
Aripiprazole		5		Campto		61	
Aromasin		59		Cancidas Inj		72	
Arsenic Trioxide		64		Capecitabine		62	
Asacol		49		Carbapenem		70	
Asadin		64		Carbenoxolone		46	
Aspirin		17		Carbomix		77	
				Carboplatin		59	

<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>	<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>
Carteolol		82		Dostinex Tab		37	
Casodex tab		34		Doxepin		80	
Caspofungin Injection		72		Doxorubicin		62	
Caved-s		46		Duloxetine		5	
Cefaclor		69		Dutasteride		34	
Cefixime		70		Dysport		12,83	
Ceftriaxone		69		Ebixa		7	
Cefuroxime tab		69		Edrophonium chloride		77	
Celecoxib		4		Elaprase		28	
Cephalosporins		69		Elidel		80	
Cetuximab		65		Elmiron		19	
Cetraxate		46		Eloxatin		61	
Cilostazol		18		Emend		49	
Ciprofloxacin		82		Enbrel		2,52	
Cis-atracurium		10		Enlon		77	
Citalopram		5		Enviomycin		2	
Clarithromycin		70		Epo		1,29	
Clarityne		42		Eprex		1,29	
Climara		35		Entacapone		8	
Clodronate		39		Ertapenem		70	
Clopidogrel		18		Erbitux		65	
Clozapine		5		Erlotinib		65	
Clozaril		5		Erythromycin		70	
Comtan		8		Escitalopram		5	
Concerta		9		Estracyt		62	
Copaxone		52		Estraderm TTS		35	
Cosopt		82		Estradiol		35	
Cravit		82		Estramustine		62	
Cyclosporin		51		Etanercept		2,52	
Cytotec		46		Etibon		40	
Daivobet		79		Etidronate		40	
Daivonex(oint,scalp soln)		79		Etodolac		4	
Danazol		34		Evista		40	
Darbepoetin alfa		1,29		Exelon		7	
Depakine lyophilized inj		6		Exemestane		59	
Desferal		1		Exosurf		42	
Desferrioxamine		1		Extraneal Peritoneal		27	
Detrusitol		16		Dialysis Soln			
Dibismuth trioxide		46		Ezetimibe		23	
Diflucan		71		Ezetrol		23	
Docetaxel		59		Fabrazyme		27	
Donepezil		7		Famciclovir		72	
Dorzolamide(Trusopt)		83		Famvir		72	

<u>品 項</u>	<u>頁 次</u>	<u>品 項</u>	<u>頁 次</u>
Fareston	61	Growth hormone	1,35
Fasturtec	41	Guar gum	34
Feiba	31	Guarem	34
Femara	59	Guarina gr.	34
Filgrastim	1,36	H ₂ receptor blockers	46
Finasteride	34	Hepatitis B immune globulin	50
Flodil	18	Herceptin	62
Flucloxacillin	86	HMG	35
Fluconazole	71	Hu-erythropoietin	29
Fludara	63	Human albumin	30
Fludarabine	63	Human growth hormone	1,35
Flumazenil	77	Humira	2,52
Fluocaril gel	78	Hycamtin	62
Fluoxetine	5	Ichderm	80
Flurbiprofen Patch	4	Icodextrin	27
Flur Di Fen Patch	4	idursulfase	28
Flutamide	34	Iloprost	41
Fluvoxamine Maleate	5	Imatinib	63
Forteo	40	Imigran	19
Fosamax	39	Imipenem+Cilastatin	70
Fotil	82	Immunoglobulin	50
FSH	35	Infergen	58
Fugerel	34	Innohep	17
Gabapentin	6	Insulin	1
Gabitril	7	Interferon- α	2,52
Galantamine HBr	7	Interferon- β	52
Gamimune-N	50	Interferon alpha-2a	56
Gaspin	46	Interferon alpha-2b	57
G-CSF	1,30	Interferon alfacon-1	58
Gefarnate	46	Interferon beta-1a	52
Gefitinib	64	Interferon beta-1b	52
Gemcitabine	60	Intrafat	25
Gemzar	60	Intravenous	50
Genotropin	36	Immunoglobulin (IVIG)	
Glatiramer acetate	52	Intron A	57
Glivec	63	Invanz	70
Glucobay	34	Iodosorb powder	79
Glucosamine Sulfate	26	Iressa	64
Gn-RH analogue	38	Irinotecan	61
Goserelin	38	Isopropyl unoprostone	83
Granisetron	48	Isotretinoin	79
Granocyte	1,30		

<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>	<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>
Itraconazol		71		Methylphenidate HCl		9	
Kanamycin		2		Metoprolol Succinate		23	
Keppra		7		Milnacipran		5	
Ketek		76		Mirtazapine		5	
Ketorolac tromethamine		83		Misoprostol		5,46	
Ketosteril tab		26		Modafinil		9	
				Montelukast sod		42,43	
Klaricid		70		Morphine		2	
Krestin		60		Moxifloxacin		75,82	
Lamictal		7		Mupirocin		79	
Lamisil		72		Nabumetone		4	
lamivudine		74		Nafarelin(acetate)		38	
Lamotrigine		6		Navelbine		61	
Lanreotide		1,37		Neotigason		79	
Latanoprost		83		Neurontin cap		6	
Leflunomide		55		Nimesulide		4	
Lenograstim		1,30		Nimodipine inj		19	
Letrozole		59		Nimotop		19	
Leuprorelin		38		Norfloxacin		82	
Levetiracetam		7		NovoSeven		31	
Levobunolol		82		Nutrineal pd4 with 1.1%			
levofloxacin		82		amino acid		27	
Linezolid		75		Octreotide		1,37	
Lipo-Dox		62		Oestro v.t		35	
Lisuride		8		Ofloxacin		78,82	
Loftyl		18		Okacin		82	
Lomefloxacin		82		Olanzapine		5,6	
Loratadine syrup		42		Ondansetron		48	
Lumigan		83		Oxaliplatin		61	
Lymphoglobuline		51		Oxis		42	
Mabthera		62		Paclitaxel		60	
Macrolides		70		Pamidronate		39	
Maxitrol		82		Papaverine inj		19	
Mecobalamin		25		Paraplatin		59	
Meloxicam		4		Paroxetine		5	
Memantine		7		Pegasys		56,57	
Mepem		70		peginterferon alfa-2a		56,74	
Meropenem		70		peginterferon alpha-2b		58,74	
Mesalazine		49		Peg-Intron		58	
Mesna		77		pemetrexed		64	
Metalyse		20		Penicillins		69	
Methoxsalen		79		Pentosan Polysulfate			
				Sodium		19	

<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>	<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>
Pergolide		8		Rocuronium		10	
Picibanil		60		Roferon-A		56	
Picibanil		60		Ropinirole		8	
Pilocarpine Hydrochloride		10		Roxithromycin		70	
Pimafucin		82		r-TPA		20	
Pimecrolimus		80		Rulid		70	
Pirenzepine		46		Sabril		7	
Plavix		18		Salagen		10	
Pletaal		18		Salcoat		78	
Potassium citrate		19		Salmon calcitonin		39	
Pramipexole		8		Sandimmun		51	
Proglumide		46		Sandostatin		1,37	
Prograf		52		Sandostatin LAR		1,37	
Proleukin		2,61		Selegiline		8	
Propofol		10		Serotonin antagonists		48	
Proscar		34		Sertraline		5	
Prostaglandin E		85		Silkis ointment		80	
Prostin E		85		Singulair		42	
Protopic oint		80		Sirdalud tab		6	
Provigil		9		Sodium bicarbonate		28	
PSK(protein bound polysaccharide)		60		Sod.Fluoride gel		78	
Quetiapine		5		Sod.Monofluorophosphate		78	
Raloxifene		25,41		Sod.valproate inj		6	
Rasburicase		40		solifenacin succinate		16	
Rebetol		73		Somatostatin		37	
Rebif		52		Somatropin		35	
Recombinant Human Activated Protein C		21		Somatuline		1,37	
Recormon		1,29		Sporanox		71	
Reminyl		7		Streptococcus pyrogene		60	
ReoPro		17		Strattera		9	
Replagal		27		Streptomycin		2,86	
Rescula		83		Sucralfate		46	
Ribavirin		73		Sumatriptan succinate		19	
Rilutek		12		Supremon		34	
Riluzole		12		Surfactant		42	
Risedronate		40		Survanta		42	
Risperidone		5		Tacrolimus		52,80	
Rituximab		62		Tarivid		78	
Rivastigmine		7		TAT inj			
Roaccutane		79		(Tetanus Antitoxin)		50	
Robatrol		73		Tarceva		65	
				Taxotere		59	
				Tazarotene		80	

<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>	<u>品</u>	<u>項</u>	<u>頁</u>	<u>次</u>
Tazorac		80		Vecuronium		10	
Tegafur		61					
Teicoplanin		75		Velcade		65	
Telithromycin		76		Venlafaxine		5	
Temodal		64		Venoglobulin		50	
Temozolomide		64		Ventavis Nebuliser Solution		41	
Tenecteplase		20		Ventolin		42	
Terbinafine		72		verteporfin		84	
Teriparatide		40		Vesanoid		62	
Thymoglobuline		51		Vesicare		16	
Ticlopidine		17		Vigabatrin		7	
Tienam		70		Vinorelbine		61	
Tiagabine		7		Virazole		73	
Timolol		82		Virumerz		72	
Tinzaparin sod		17		Visudyne powder for		84	
Tirofiban HCl inj		17		solution for infusion			
Tizanidine HCl		6		Vit.D		25	
Tolterodine		16		Vitamins		25	
Topamax		7		Wellbutrin S-R Tab		5	
Topiramate		7		Witgen		8	
Topotecan		62		Xalacom		83	
Toremifene		61		Xalatan		83	
TPN		1		Xeloda		62	
Tramadol		4		Xigris		21	
Trastuzumab		62		Xylocaine 2% jelly		10	
Travatan Oph		83		Zafirlukast		42	
Travoprost		83		Zeffix		74	
Tretinoin		62		Ziprasidone		5	
Triptorelin		38		Zithromax		70	
Tromantadine		72		Zoledronic Acid		40	
Tropisetron		48		Zometa		40	
Trusopt		83		Zovirax		72	
Ultracet		4		Zyvox		75	
Ufur		61		非類固醇抗發炎劑(NSAID)		4	
Uft		61		藥品			
Unasyn		69		非類固醇抗發炎劑(NSAID)		4	
Urocit-k		19		注射劑			
Uromitexan		77		非類固醇抗發炎劑(NSAID)		4	
Utrogestan		35		外用製劑			
Valaciclovir		72		口服鈣質補充劑		27	
Valtrex		72		紅血球生成素		29	
Vancomycin		75		人工淚液		82	
Vasodilators		18					

品	項	頁次
肝庇護劑		25
附表一	全民健康保險第一線抗微生物製劑品名表	86
附表二-A	全民健康保險使用 r- TPA(Actilyse) 或 tenecteplase(Metalyse)申報表(血管血栓病患用)	87
附表二-B	全民健康保險使用 r- TPA(Actilyse)申報表(急性缺血性腦中風病患用)	88
附表二-C	急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表	89
附表三-A	全民健康保險使用維生素之醫治病症	91
附表三-B	全民健康保險使用荷爾蒙之醫治病症	91
附表四	全民健康保險使用 Human albumin申報表	92
附表五	全民健康保險使用 Novo Seven ; Feiba 申報表	93
附表六	全民健康保險使用 IVIG治療川崎病申請表	94
附表七	全民健康保險使用抗癌藥品申請表一	95
附表八	全民健康保險使用抗癌藥品申請表二	96
附表九	全民健康保險使用抗癌藥品申請表三	97
附表十	患者服用 isotretinoin口服製劑同意書	100
附表十一	患者服用 acitretin 製劑同意書	101
附表十二	全民健康保險使用	102

品	項	頁次
	tirofiban (Aggrastat)申報表	
附表十三	全民健康保險類風濕關節炎病患 28 處關節疾病活動度〈Disease Activity Score, DAS 28〉評估表	103
附表十四	全民健康保險疾病修飾抗風濕病藥物 (DMARDs)之標準目標劑量暨治療劑量表	104
附表十五	全民健康保險使用 etanercept ; adalimumab申請表	105
附表十六	全民健康保險使用 etanercept申請表(四歲至十七歲兒童)	107
附表十七	全民健康保險使用 tacrolimus兒童患部面積計算圖	109
附表十八	全民健康保險血友病患者使用「第八、第九凝血因子」治療紀錄表	110
附表十九	全民健康保險使用 Pilocarpine Hydrochloride口服劑型治療後，症狀改善評量表	112

國家圖書館出版品預行編目資料

全民健康保險藥品給付規定 / 中央健康保險局
編.-- 臺北市：衛生署中央健保局，民 96.07
面； 公分
含索引
ISBN 978-986-01-0545-2（平裝）

1. 全民健康保險 2. 藥政管理

563.741

96014755

書 名：全民健康保險藥品給付規定

編 者：中央健康保險局

出版機關：行政院衛生署中央健康保險局

出版年月：96 年 7 月

本書內容同時登載於本局網站，網址為<http://www.nhi.gov.tw>

地 址：台北市信義路三段 140 號

電 話：二七〇六五八六六

GPN：1009602098

ISBN-9789860105452

著 作 人：中央健康保險局

著作財產權人：中央健康保險局

◎本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求著作財產權人
中央健康保險局同意或書面授權。



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance

全民參與

健保永續

ISBN 9789860105452

GPN : 1009602098

工本費：32 元（平裝）