

愛滋母子垂直感染預防或治療藥品核銷表

醫事機構名稱		個案姓名	
醫事機構電話		個案身分證號	
主治醫師姓名		個案出生日期	
使用日期		使用理由	
藥物名稱		規格及劑型	使用數量
☐ Zidovudine (Retrovir Infusion)		10mg/ml 20ml/vial 注射劑	Lot : Exp:
☐ Lamivudine (3TC oral solution)		10mg/ml 240ml/bot 口服液	Lot : Exp:
☐ Zidovudine (Retrovir syrup)		10mg/ml 240ml/bot 口服液	Lot : Exp:
☐ Nevirapine (Viramune oral suspension)		10mg/ml 240ml/bot 口服液	Lot : Exp:
☐ Nevirapine (Nevirapine Oral Suspension USP)		10mg/ml 100ml/bot 口服液	Lot : Exp:
☐ Raltegravir (Isentress)		10mg/ml 60 sachet/box 口服液	Lot : Exp:
☐ Abacavir/Lamivudine/Dolutegravir (Triumeq PD)		60 mg ABC, 5 mg DTG, and 30 mg 3TC 90 Tab/box 複方可溶錠	Lot : Exp:
醫事服務機構名稱		負責醫師簽章：	
核銷日期： 年 月 日			