

公費抗 COVID-19 病毒藥劑 VEKLURY® 申請暨領用檢核表

申請日期：____年____月____日

<p>基本資料</p>	<p>個案姓名：_____ 法定傳染病通報編號：_____</p> <p>生日：____年____月____日 性別：<input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女 體重：_____公斤</p> <p>發病日：____年____月____日 收治醫院：_____</p>
<p>申請適應症</p>	<p><input type="checkbox"/> 申請5天療程</p> <p>第1天注射_____毫克(____劑)；第2至5天每天注射____毫克(____劑)，預計4天。共申請_____劑</p> <p>嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)確診且符合下列任一適應症：</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 未使用吸氧治療之下血氧飽和度\leq94%</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 須使用吸氧治療，目前使用：</p> <p><input type="checkbox"/> nasal cannula <input type="checkbox"/> NRM <input type="checkbox"/> simple mask <input type="checkbox"/> HFNC <input type="checkbox"/> ventilator</p> <p>Oxygen _____ L/min，SpO₂ _____ %</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 兒童急性腦炎</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 病患胸部 X 光片顯示肺炎，但未達上述重症標準</p> <p><input type="checkbox"/> 申請3天療程：共申請4劑</p> <p>具以下任一重症風險因子，未使用氧氣且於發病7天之內之\geq 12歲且體重\geq 40公斤病患。或12歲以下孩童經醫師評估有使重症風險提高之免疫不全情形：<input type="checkbox"/> 年齡\geq65歲<input type="checkbox"/> 癌症<input type="checkbox"/> 糖尿病<input type="checkbox"/> 慢性腎病<input type="checkbox"/> 心血管疾病(不含高血壓)<input type="checkbox"/> 慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病)<input type="checkbox"/> 結核病<input type="checkbox"/> 慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎)<input type="checkbox"/> 失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷)<input type="checkbox"/> 精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症<input type="checkbox"/> 吸菸或已戒菸者(請同時勾選另一重症風險因子) <input type="checkbox"/> 懷孕<input type="checkbox"/> 產後六周內<input type="checkbox"/> BMI \geq 30 (或12-17歲兒童青少年 BMI 超過同齡第95百分位) <input type="checkbox"/> 影響免疫功能之疾病(HIV 感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制劑<input type="checkbox"/> 其他(請說明)</p>
<p>需申請醫師確認事項</p>	<p>主治醫師簽章：_____ (聯絡電話或手機：_____)</p> <p>使用情形追蹤聯絡人：_____ (聯絡電話或手機：_____)</p>
<p><input type="checkbox"/> 同意，依原申請藥劑量給付</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 同意申請，但建議修改劑量如下：</p>	<p>審查防疫醫師簽章：</p>

【此版為簡要版之申請檢核表，其餘說明文字請詳見疾管署官網版本】