**公費抗COVID-19病毒藥劑VEKLURY®申請書暨審查表**

附件3

 申請日期：　　年　　月　　日

接續下頁

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 基本資料
 | 個案姓名： 法定傳染病通報編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_生日：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日　性別：□男 □女 體重：\_\_\_\_\_\_公斤 |
| 1. 申請適應症
 | 嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)**確診且符合下列任一適應症**：a.□未使用吸氧治療之下血氧飽和度≦94%b.□須使用吸氧治療c.□須使用機械呼吸器d.□已裝上葉克膜(ECMO) |
| 1. 申請依據（作為審核參考）
 | 請提供下列a~d項資料：a.□現況病歷摘要(summary)及SpO2、血壓等生命徵象紀錄b.□胸部X光或相關影像學檢查報告c.□檢驗報告：□肝、腎等功能(未使用VEKLURY®前)，□其他檢驗報告：\_\_\_\_\_\_\_\_\_　d.□COVID-19治療相關用藥： e.□無法立即提供上述資料，已聯繫疾管署防疫醫師確認同意給藥，相關審核資料後補。 |
| 1. 申請藥量
 | 依據患者年齡、體重及臨床情況是否使用估算申請量※：a.□首次申請5天療程：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。b.□一次申請10天療程：第1天注射　　　毫克（ 劑）；第2至10天每天注射　　　毫克（ 劑），預計9天。共申請　　　劑。c.□首次申請5天療程後再次申請：第6至10天每天注射　　　毫克（ 劑），預計5天。共申請　　　劑。 |
| ※參考劑量如下：a.**成人與體重≧40公斤的兒童**：第1天IV注射remdesivir 200毫克；第2天起，每天一次IV注射remdesivir 100毫克。b.**體重介於3.5公斤至＜40公斤之間的兒童**：第1天IV注射remdesivir 5毫克/公斤，第2天起，每天一次IV注射remdesivir 2.5毫克/公斤。※**療程結束後，倘有剩餘未開封使用之藥劑，醫院應儘速送回原領藥地點。** |
| 1. 需申請醫師確認事項
 | 一、本人已詳閱仿單及醫療人員指引，並評估患者使用本藥劑進行治療之風險及效益。二、本人已向患者（或其家屬）詳細說明下列事項，並經其同意（一）需實施此項治療的原因（二）可能發生之不良反應及危險此致衛生福利部疾病管制署\_\_\_\_\_\_\_\_\_區管制中心醫療機構名稱：處方醫師簽章：　　　 　　（聯絡電話或手機：　　　　　　　）使用情形追蹤聯絡人：　　　　　　（電話：　　　　　　　） |
| **審查及追蹤結果（以下由疾病管制署填寫）** |
| 1. 審核結果
 | □同意，依原申請藥劑量給付。□不同意**：**□同意申請，但建議修改劑量如下**：**  |
| 審核者(疾管署防疫醫師) | 區管中心 |
|  |  |
| 1. 領藥紀錄
 | 醫療機構業於　　年　　月　　日完成領取（領用切結書如附件4） |
| 1. 藥劑最終使用情形
 | 醫療機構原領用　　　劑，實際使用　　　劑，退回　　　劑。 |