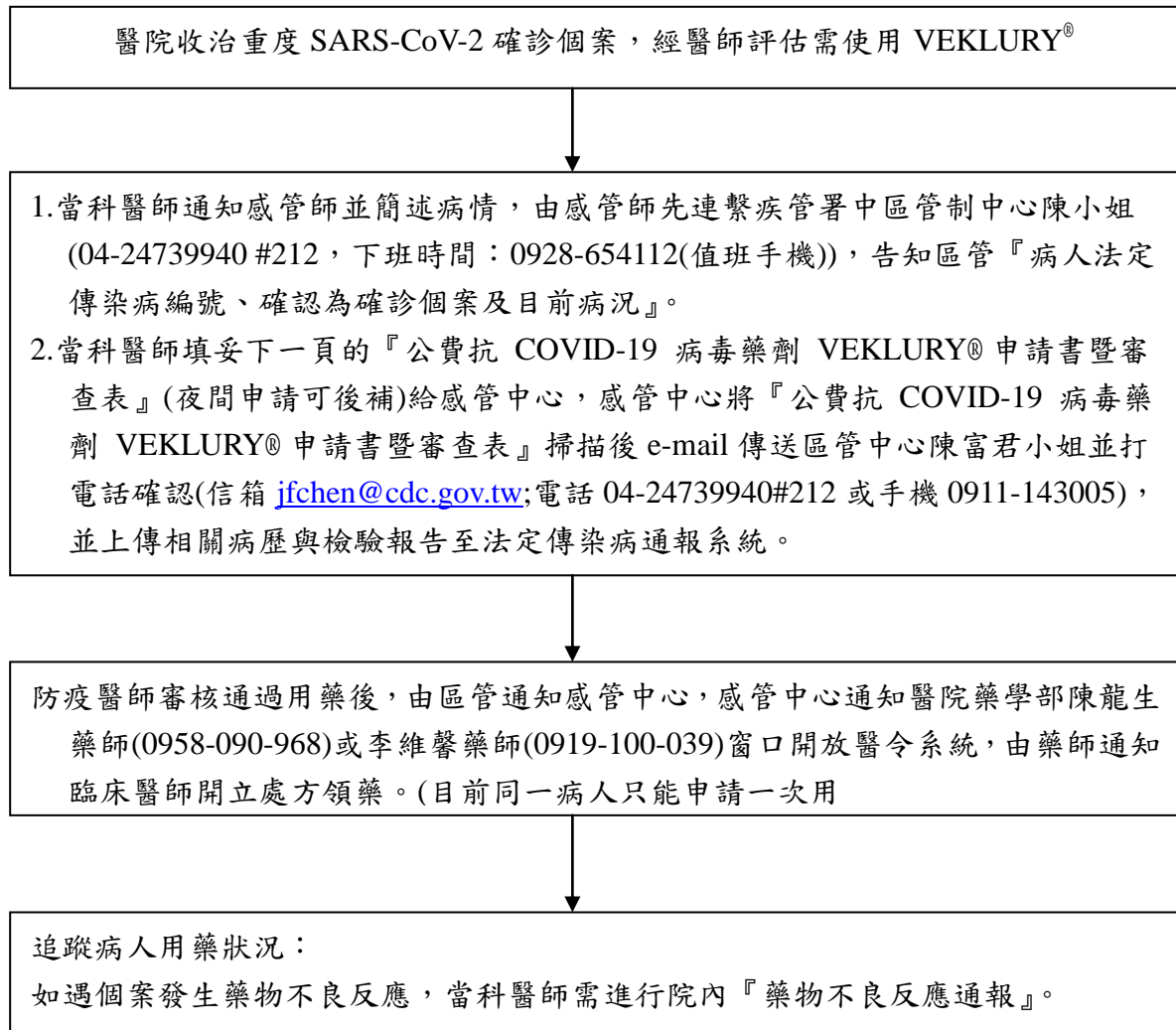


公費抗 COVID-19 病毒藥劑 VEKLURY® 使用流程圖



公費抗 COVID-19 病毒藥劑 VEKLURY[®] 申請書暨審查表

申請日期：____年____月____日

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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 體重：_____公斤
2. 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. <input type="checkbox"/> 未使用吸氧治療之下血氧飽和度 \leq 94% b. <input type="checkbox"/> 須使用吸氧治療 c. <input type="checkbox"/> 須使用機械呼吸器 d. <input type="checkbox"/> 已裝上葉克膜(ECMO)
3. 申請依據 (作為審核參考)	請提供下列a~d項資料： a. <input type="checkbox"/> 現況病歷摘要(summary)及SpO ₂ 、血壓等生命徵象紀錄 b. <input type="checkbox"/> 胸部 X 光或相關影像學檢查報告 c. <input type="checkbox"/> 檢驗報告： <input type="checkbox"/> 肝、腎等功能(未使用 VEKLURY [®] 前)， <input type="checkbox"/> 其他檢驗報告：_____ d. <input type="checkbox"/> COVID-19 治療相關用藥：_____ e. <input type="checkbox"/> 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。
4. 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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。

	<p>※參考劑量如下：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※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。</p>	
5. 需申請醫師確認事項	<p>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。</p> <p>二、本人已向患者（或其家屬）詳細說明下列事項，並經其同意</p> <p>（一）需實施此項治療的原因</p> <p>（二）可能發生之不良反應及危險</p> <p>此致</p> <p>衛生福利部疾病管制署_____區管制中心</p> <p>醫療機構名稱：</p> <p>處方醫師簽章：_____（聯絡電話或手機：_____）</p> <p>使用情形追蹤聯絡人：_____（電話：_____）</p>	
審查及追蹤結果（以下由疾病管制署填寫）		
6. 審核結果	<input type="checkbox"/> 同意，依原申請藥劑量給付。 <input type="checkbox"/> 不同意：_____ <input type="checkbox"/> 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
7. 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）	
8. 藥劑最終使用情形	醫療機構原領用 _____ 劑，實際使用 _____ 劑，退回 _____ 劑。	