

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

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 發病日：____年____月____日 收治醫院：_____
申請適應症	<p><input type="checkbox"/> 新型冠狀病毒(SARS-CoV-2 virus)篩檢陽性者，且符合下列任一適應症：</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>1. <input type="checkbox"/> 嚴重肺炎以上</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 未使用吸氧治療下 SpO2 ≤ 94%</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</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 Oxygen _____ L/min SpO2 _____ %</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 需使用高流量氧氣或非侵襲性呼吸器但未插管病患</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 兒童急性腦炎</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天之內之成人或年齡大於28天且體重3公斤以上之孩童輕症病患：<input type="checkbox"/> 年齡 ≥ 65歲 <input type="checkbox"/> 氣喘 <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 ≥ 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>
需申請醫師確認事項	主治醫師簽章：_____ (聯絡電話或手機：_____) 使用情形追蹤聯絡人：_____ (聯絡電話或手機：_____)
<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：	審查防疫醫師簽章：

【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】