

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/身分證字號_____ 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 | <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： 1. <input type="checkbox"/> 嚴重肺炎以上 (1) <input type="checkbox"/> 未使用吸氧治療下 SpO ₂ ≤ 94% (2) <input type="checkbox"/> 須使用吸氧治療 目前使用 <input type="checkbox"/> nasal cannula <input type="checkbox"/> NRM <input type="checkbox"/> simple mask <input type="checkbox"/> 其他 Oxygen _____ L/min, SpO ₂ _____ % (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 2. <input type="checkbox"/> 兒童急性腦炎 3. <input type="checkbox"/> 具有以下任一重症風險因子未使用氧氣且於發病七天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) |

| | |
|------------------------|--|
| | <p><input type="checkbox"/>精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症</p> <p><input type="checkbox"/>吸菸或已戒菸者(請同時勾選另一重症風險因子)</p> <p><input type="checkbox"/>懷孕</p> <p><input type="checkbox"/>產後六周內</p> <p><input type="checkbox"/>BMI ≥ 30 (或12-17歲兒童青少年 BMI 超過同齡第95百分位)</p> <p><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)</p> |
| <p>注意事項</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 依病理生理學原則，抗病毒藥劑建議於病程早期，類固醇或免疫調節劑則於病程晚期併發重症時使用。 2. VEKLURY[®]的賦形劑可能會使腎功能不全更加惡化，成人、嬰兒、幼童及兒童之 eGFR < 30/毫升/分鐘/1.73米²，或足月新生兒(7至28天)之血清肌酸酐≥ 1 mg/dL 者，不建議給藥。只有在潛在效益超越風險的情況下才可考慮給藥。 3. ALT ≥ 5倍正常範圍上限的病人，建議不要給藥。 4. 肝功能不全但 ALT < 5倍正常範圍上限的病人，只有在潛在效益超越風險的情況下才可給藥。 5. 須使用侵襲性呼吸器或已裝葉克膜(ECMO)之病患不建議使用。 6. ACTT-1與 Solidarity 等隨機對照試驗顯示，remdesivir 對需用氧氣但尚未插管病患，可加速臨床改善或降低死亡率；對已使用呼吸器之病患則無顯著效果。 7. 由於尚無併用單株抗體或口服抗病毒藥物之效益與安全性資料，目前仍暫不建議與單株抗體或口服抗病毒藥物同時併用。 |
| <p>申請依據 (作為參考)</p> | <p>※向疾管署區管中心申請領藥時，請提供下列1~4項資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/>現況病歷摘要(summary)及SpO₂、血壓等生命徵象紀錄 2. <input type="checkbox"/>胸部X光或相關影像學檢查報告 3. <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：_____ 4. COVID-19治療相關用藥： <input type="checkbox"/>Dexamethasone <input type="checkbox"/>Baricitinib <input type="checkbox"/>Tocilizumab <input type="checkbox"/>無法立即提供上述資料，請聯繫疾管署各區管制中心承辦人，相關資料後補 <p>※指定醫院直接提供院內個案使用時，亦請按1~4逐項確認資料，並留存備查。</p> |

| | |
|-----------|--|
| | |
| 申請藥量 | <p>依據患者年齡、體重及臨床情況估算申請量[※]：</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><input type="checkbox"/>申請3天療程：共申請4劑。</p> <p>※參考劑量如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 成人或體重\geq40公斤孩童：第1天 IV 注射200毫克，第2天起每日注射100毫克。 2. 年齡大於28天且體重3公斤以上之孩童：第1天 IV 注射 5毫克/公斤，第2天起，每天一次 IV 注射 2.5 毫克/公斤。 <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> |
| 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>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> |
| 領藥紀錄 | 醫院業於____年____月____日完成領取（領用切結書如附件3） |
| 使用情形 | 醫院原領用_____劑，實際使用_____劑，退回_____劑 |