**Teriparatide Inj 250mcg/cc (Alvosteo®)**

**專案使用申請表**

**用藥限制:**

**(病患標籤)**

**病歷號：**

1. 不得併用其他骨質疏鬆治療藥物，如：bisphosphonates、calcitonin、raloxifene、bazedoxifene、denosumab。
2. 與 romosozumab 僅得擇一使用，除因耐受性不良，不得互換。
3. **使用不得超過18 支，並於二年內使用完畢。**
4. **依第83次藥事會決議，Alvosteo品項首次使用提供可重複使用之注射筆，注射筆可用24個月。於本院首次使用，請處方藥碼 16546** (含注射筆品項)**，第二次起請處方藥碼16545** (僅含替換藥匣)**。**

|  |
| --- |
| **申請理由: (以下各點需全數符合)**   1. 限 (請勾選)    * 停經後婦女    * 性腺功能低下男性 2. 因骨質疏鬆症引起脊椎或髖部多於**2**（含）處骨折 並符合下列其中條件之病患：(請勾選)    * 經評估無法耐受抗骨質吸收劑副作用。（須於病歷載明）    * 在持續配合使用抗骨質吸收劑至少連續12個月的情況下，仍發生至少1處新的骨折 3. 骨質疏鬆之程度，須經 DXA 檢測 BMD 之 T score 小於或等於 -3.0 SD   **請醫師詳閱病歷確定患者**   1. **曾用過 Teriparatide 注射劑健保品項共 \_\_\_ 支** (含外院。不曾使用請填”0”) **(使用期間： \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )** 2. **於本院首次使用時，預計開立處方類型：**    * **一般處方** (1個月份)    * **慢性處方箋 \_\_\_\_ 個月 (最多3個月)**   **申請醫師：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **科部主任：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**藥學部建檔藥師：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - 建檔藥師請依以上資訊建置院內專案。使用類型請選擇「**限制使用期間內之數量**」。
      1. 需建兩個藥碼：16546 (首次用注射筆組，含藥)、16545 (僅含替換藥匣)。  
         **藥碼16546：**依醫師填寫「預計開立處方類型」建置。**一般處方輸入1支，慢箋依月份輸入支數**。  
         **藥碼16545：**輸入數量= 「**18－曾使用過的健保品項支數－藥碼16546輸入數量」。**
      2. 截止日期：曾用過者，依**「使用期間」的起始日**起算**2年**。不曾使用者，從專案建檔日起算2年。