

# Teriparatide Inj 250mcg/cc (Forteo®)

## 專案使用申請表

申請理由: (以下各點需全數符合)

(病患標籤)

病歷號：

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

用藥限制:

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。

【下列必須勾選】

請醫師詳閱病歷確定患者

從未使用過 Teriparatide Inj 250mcg/cc

曾使用過 Teriparatide Inj 250mcg/cc 共 \_\_\_\_\_ vial

(使用區間 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)

申請醫師： \_\_\_\_\_

科部主任： \_\_\_\_\_

藥學部建檔藥師： \_\_\_\_\_