

Teriparatide Inj 250mcg/cc (Alvosteo®)

專案使用申請表

用藥限制:

- 不得併用其他骨質疏鬆治療藥物，如：
bisphosphonates、calcitonin、raloxifene、
bazedoxifene、denosumab。
- 與 romosozumab 僅得擇一使用，除因耐受性不良，不得互換。
- 使用不得超過 18 支，並於 二年內 使用完畢。
- 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)。

(病患標籤)

病歷號：

申請理由: (以下各點需全數符合)

- 限 (請勾選)
 - 停經後婦女
 - 性腺功能低下男性
- 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
- 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

- 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 _____ / _____ / _____)
- 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」。

- 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。