

Romozozumab Inj 105mg/1.17ml (Evenity®)

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：停經後婦女
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 teriparatide 僅得擇一使用，除因耐受性不良，不得互換。
3. 使用不得超過**24**支，並於**一年內**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 Romozozumab Inj 105mg/1.17ml
- 曾使用過 Romozozumab Inj 105mg/1.17ml 共 _____ syringe
(使用區間 _____ / _____ / _____ -- _____ / _____ / _____)

※一般用法為 每月210mg，相當於2支syringe。

申請醫師： _____

藥學部建檔藥師： _____