

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說 制訂 109.09.15

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|--|----------|--------------|
| 院內代碼 | CN3353008043 | 廠商 | 聯合骨科器材股份有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | “聯合”優磨二代全人工髖關節-Delta 巨頭陶瓷對陶瓷 "UNITED" U-MOTION II TOTAL HIP SYSTEM:DELTA CERAMIC HEAD TO CERAMIC LINER | | |
| 醫療許可證號 | 衛署醫器製字第 003977/000884 號 | 自費健保特材代碼 | FBHPC7100NU0 |
| 健保給付上限 | 39,396 | | |
| 病患自付金額 | 105,504 元 | | |
| 產品特性 | 第三代陶瓷磨耗面較傳統金屬/塑膠磨耗面的耐磨度增加，而第四代陶瓷磨耗面又較第三代更耐磨 1.5 倍。隨著關節置換族群的年齡層降低，更耐磨的產品可以提供更久的使用年限，減少再置換的次數，降低整體醫療花費。此外，因其優異的機械強度，不因受力不均造成碎裂，同樣可減少再置換的機率，降低醫療花費。 | | |
| 使用原因 | Delta 陶瓷全髖內襯具有高的硬度與極佳的磨耗抵抗能力，可以效降低磨耗量。內襯有各種不同內徑，僅可搭配不同外徑與不同頸長的陶瓷球頭，用於套在股骨柄上，與髖白的內襯互動形成關節活動。 | | |
| 應注意事項 | 1. 醫師在病人術後的照顧以及指示病人應注意之事項是非常重要的。術後負重必須是漸進的，且因人而異，必需提醒病人，不要在無人幫助或無輔助器材情況下單獨做髖關節的大幅度活動，尤其是如廁時或需較大活動程度時。3. 術後移動病人需小心，當移動病人時，需注意支撐患部，並避免施壓力於其上。 | | |
| 副作用 | 1. 髖關節置換之植入物的預期使用壽命很難估計，但肯定是有限度的。2. 患者活動不當、外傷或其他生物力學原因都可引起髖關節植入物脫位。3. 可能會出現髖關節植入物鬆動的情形。植入物的早期鬆動可能是由於初始固定不當、潛伏性感染、植入物過早承載或外傷導致。植入物的晚期鬆動可能是由於外傷、感染、包括骨質溶解在內的生物學併發症或者力學問題而引起，並有可能進而導致骨侵蝕和/或疼痛。4. 極少數情況下，陶瓷內襯會於體內發生破裂。 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 第四代 Delta 陶瓷磨耗面又較第三代更耐磨 1.5 倍。隨著關節置換族群的年齡層降低，更耐磨的產品可以提供更久的使用年限，減少再置換的次數，降低整體醫療花費。與健保品項全髖白內襯主要成分為超高分子聚乙烯相比，可有效降低磨耗量，延長人工關節的使用年限 | | |

說明醫師：_____

本人家屬或法定代理人簽章：_____年____月____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說 制訂 110.06.21

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|--|----------|--------------|
| 院內代碼 | CN3353006014 | 廠商 | 聯合骨科器材股份有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | 陶瓷股小球, Delta(PT) UNITEDCERAMIC FEMORAL HEAD DELTA(PT) | | |
| 醫療許可證號 | 衛署醫器製字 003331 號 | 自費健保特材代碼 | FBHHCERA5U0 |
| 健保給付上限 | 4,352 元 | | |
| 病患自付金額 | 64,648 元 | | |
| 產品特性 | <p>特性：</p> <p>一、第四代醫療級陶瓷具有極高的硬度與極佳的磨耗抵抗能力，可有效降低磨耗量。</p> <p>二、陶瓷和人體生物相容性強，避免引起過敏反應。</p> <p>三、無電位差，減少金屬腐蝕現象。</p> | | |
| 使用原因 | | | |
| 應注意事項 | 本產品僅可單次使用。 | | |
| 副作用 | 手術部位之感染及併發症。 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 比健保品項比較更耐磨，沒有傳統聚乙稀介面之磨擦碎屑與不良反應。 | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年_____月_____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說明書 制訂110.08.18

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|--|----------|--------------|
| 院內代碼 | CN3020016018 | 廠商 | 捷勝醫療器材有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | 捷邁長型近端骨髓內釘—髓內釘組 Natural Nail System -Cephalomedullary | | |
| 醫療許可證號 | 衛署醫器輸字第 022572 號 | 自費健保特材代碼 | FBNG122572Z1 |
| 健保給付上限 | 19,036 元 | | |
| 病患自付金額 | 47,549 元 | | |
| 產品特性 | 以亞洲人體型作為考量，含外傾，前驅等生理弧度設計，患者植入後不會有髓內腔擠塞等問題，對體型較矮小亞洲人而言較為適合。 | | |
| 使用原因 | 1. 複雜性或單純性骨幹骨折。2. 近端、幹骺端、遠端骨幹骨折。 | | |
| 應注意事項 | 1. 因先骨折或腫瘤而閉塞的髓管。2. 骨幹部份過度彎曲或變形。3. 感染 | | |
| 副作用 | 1. 不適用於感染性骨折。2. 不適用於胸骨亦或是脊椎骨折。3. 不適用於頸椎、胸椎或腰椎等後方椎體(椎腳)的骨釘連結或固定。 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 1. 屬髓內植入物，受壓迫力較DHS 為小。(2)微創手術，除了傷口小，患者血流量少以外，髓內植入物也較不易造成患者術後的異物感。(3)生物力學優勢，患者可提早活動。(4)可治療不穩定型髓關節骨折(5)高強度鈦合金。 | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年____月____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說明書 制訂 106.07.01

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|---|----------|--------------|
| 院內代碼 | CN3353008030 | 廠商 | 聯合骨科器材股份有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | 陶瓷對高耐磨聚乙烯襯墊全人工髖關節組(聯合) | | |
| 醫療許可證號 | 衛署醫器製字第 003977/003331/000884 號 | 自費健保特材代碼 | FBHPC7000NU0 |
| 健保給付上限 | 39,396 | | |
| 病患自付金額 | 57,004 元 | | |
| 產品特性 | <p>一、第四代醫療級陶瓷具有極高的硬度與極佳的磨耗抵抗能力，可有效降低磨耗量。</p> <p>二、陶瓷和人體生物相容性強，避免引起過敏反應。</p> <p>三、無電位差，減少金屬腐蝕現象。</p> | | |
| 使用原因 | 陶瓷比健保品項更耐磨，延長人工髖關節使用壽命。 | | |
| 應注意事項 | 本產品僅可單次使用 | | |
| 副作用 | 手術部位之感染及併發症。 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | <p>一、陶瓷比健保品項更耐磨，延長人工髖關節使用壽命。</p> <p>二、陶瓷生物相容性高，減少過敏引起不適。</p> | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年____月____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說明書

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|---|----------|--------------|
| 院內代碼 | CM3600019011 | 廠商 | 鼎正儀器有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | “眼力健”添視明單片型多焦點人工水晶體 “AMO” TECNIS Multifocal 1-piece Intraocular Lens | | |
| 醫療許可證號 | 衛署醫器輸字第 021060 號 | 自費健保特材代碼 | FALSNMULT3A2 |
| 健保給付上限 | 2,744 | | |
| 病患自付金額 | 51,306 元 | | |
| 產品特性 | 1) 光學面與支撐腳接續處不中斷「連續方邊光學邊緣」有效預防二次白內障發生。 2) 後推力學角設計:人工水晶體在眼內不易偏位/傾斜，術後度數迅速穩定。 3) 鑽石冷凍切割製造，低閃輝液泡發生率，常保影像品質。 4) 低色散材質，影像清晰。 5) 雙凸鏡面設計，不易產生反光。 6) 非球面設計，視力表現更佳。 7) 後表面全光學面繞射圈設計使病患擁有全天候多焦的效果，遠、近視力不受瞳孔大小（光線的暗或亮）影響。 8) 附加度數(Add power): +4 D , +2.75 D。 | | |
| 使用原因 | 多焦非球面功能矯正球面像差且能達到同時看遠，看近或看遠，看中距離的術後效果。 | | |
| 應注意事項 | 1 眼罩保護眼睛。 2 勿搓揉眼睛。 3 勿朝開刀眼睛的一邊側睡。 4 勿提重物。 5 避免激烈運動。 6 勿使尖銳物品觸及眼睛。 7 陽光太強應戴墨鏡。 8 勿將洗臉水灑入眼睛。 9 開刀後近日內避免食用刺激性的食品。 | | |
| 副作用 | 短期間內，僅有少數人(小於 5%)，則可能會在晚上有輕微光暈等狀況。 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 提供個別中，近距離視力與遠視力要求。 | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年____月____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說明書

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|---|----------|--------------|
| 院內代碼 | CM3600020012 | 廠商 | 鼎正儀器有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | “眼力健”添視明散光矯正單片型折疊式人工水晶體 “AMO” Tecnis Toric 1-Piece Soft Acrylic Lens | | |
| 醫療許可證號 | 衛署醫器輸字第 023156 號 | 自費健保特材代碼 | FALSNT0RC1A2 |
| 健保給付上限 | 2,744 | | |
| 病患自付金額 | 37,276 元 | | |
| 產品特性 | 1) 光學面與支撐腳接續處不中斷「連續方邊光學邊緣」有效預防二次白內障發生。 2) 後推力學角設計:人工水晶體在眼內不易偏位/傾斜，術後度數迅速穩定。 3) 鑽石冷凍切割製造，低閃輝液泡發生率，常保影像品質。 4) 低色散材質，影像清晰。 5) 雙凸鏡面設計，不易產生反光。 6) 非球面設計，視力表現更佳。 7) 隨著散光型號，而有不同矯正角膜散光的度數。 | | |
| 使用原因 | 散光非球面功能矯正球面像差與角膜散光度數，可矯正角膜散光範圍:0.5D~5.0D，視力表現更佳。 | | |
| 應注意事項 | 1) 眼罩保護眼睛。 2) 勿搓揉眼睛。 3) 勿朝開刀眼睛的一邊側睡。 4) 勿提重物。 5) 避免激烈運動。 6) 勿使尖銳物品觸及眼睛。 7) 陽光太強應戴墨鏡。 8) 勿將洗臉水灑入眼睛開刀後近日內避免食用刺激性的食品。 | | |
| 副作用 | 短期間內，僅有少數人(小於5%)，則可能會在晚上有輕微光暈等狀況。 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 提供遠視力。 | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年_____月_____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說明書

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|---|----------|--------------|
| 院內代碼 | CM3600017011 | 廠商 | 鼎正儀器有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | “眼力健”添視明散光矯正單片型折疊式人工水晶體 “AMO” Tecnis Toric 1-Piece Soft Acrylic Lens | | |
| 醫療許可證號 | 衛署醫器輸字第 023156 號 | 自費健保特材代碼 | FALSNTORC1A2 |
| 健保給付上限 | 2,744 | | |
| 病患自付金額 | 69,706 元 | | |
| 產品特性 | 1) 光學面與支撐腳接續處不中斷「連續方邊光學邊緣」有效預防二次白內障發生。 2) 後推力學角設計:人工水晶體在眼內不易偏位/傾斜，術後度數迅速穩定。 3) 鑽石冷凍切割製造，低閃輝液泡發生率，常保影像品質。 4) 低色散材質，影像清晰。 5) 雙凸鏡面設計，不易產生反光。 6) 非球面設計，視力表現更佳。 7) 隨著散光型號，而有不同矯正角膜散光的度數。 | | |
| 使用原因 | 散光非球面功能矯正球面像差與角膜散光度數，可矯正角膜散光範圍:0.5D~5.0D，視力表現更佳。 | | |
| 應注意事項 | 1) 眼罩保護眼睛。 2) 勿搓揉眼睛。 3) 勿朝開刀眼睛的一邊側睡。 4) 勿提重物。 5) 避免激烈運動。 6) 勿使尖銳物品觸及眼睛。 7) 陽光太強應戴墨鏡。 8) 勿將洗臉水灑入眼睛開刀後近日內避免食用刺激性的食品。 | | |
| 副作用 | 短期間內,僅有少數人(小於5%),則可能會在晚上有輕微光暈等狀況。 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 提供遠視力。 | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年_____月_____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說明書 制訂107.07.17

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|---|----------|--------------|
| 院內代碼 | CM360091101J | 廠商 | 鈦沅股份有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | 銳能預裝式疏水性非球面人工水晶體推注系統 RAYNER RAYONE ASPHERIC PRELOADED HYDROPHOBIC ACRYLIC IOL INJECTION SYSTEM | | |
| 醫療許可證號 | 衛部醫器輸字第 032555 號 | 自費健保特材代碼 | FALSNWAVE6RY |
| 健保給付上限 | 2,744 | | |
| 病患自付金額 | 29,341 元 | | |
| 產品特性 | 採非球面設計，增加對比敏感度和提升功能視覺，亦提供更佳的景深。預裝式小切口，將人工水晶體溫和的捲起，可透過微切口植入，不拉扯傷口，減少術後及手術感染的風險。 | | |
| 使用原因 | 完全預裝人工水晶體於推注器內，更節省操作人員的時間使用方便避免人為錯誤。方便快捷。 傷口約 2.2~2.4 mm 術後癒合佳，術後視力恢復快。 | | |
| 應注意事項 | 使用前請務必詳閱原廠之使用說明書並遵照指示使用；且產品供應者應詳細告知使用者各注意事項。 | | |
| 副作用 | 目前無已知之副作用 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 可矯正病患術後的角膜球面像差，提高視覺的品質，尤其在暗光下或夜間特別明顯，減低球面像差，提升對比靈敏度，促進影像品質。 預裝式小切口，不拉扯傷口，減少術後散光及手術感染的風險。 | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年____月____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說明書 制訂113.01.03

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|--|----------|--------------|
| 院內代碼 | CM360091401J | 廠商 | 鼎正儀器有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | “眼力健”添視明新視延散光矯正單片型人工水晶體 “AMO” Tecnis Symphony Extended Range of Vision Toric 1-Piece IOL | | |
| 醫療許可證號 | 衛部醫器輸字第 026949 號 | 自費健保特材代碼 | FALSNSERVTA2 |
| 健保給付上限 | 2,744 | | |
| 病患自付金額 | 89,256 元 | | |
| 產品特性 | 本產品適用於提供連續範圍內的高品質視力，而不降低遠視力，甚至在低對比度情況下的遠視力且散光型人工水晶體可矯正角膜散光。 | | |
| 使用原因 | 本產品適用於矯正無晶體眼、術前有角膜散光之有老花或無老花的成年患者。患者須經由囊外摘除術移白內障之老花眼患在術後在可獲得連續範圍內包括遠、中、近距離有效視力，進而降低對眼鏡的依賴程度。 | | |
| 應注意事項 | 無 | | |
| 副作用 | 無 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 本產品可獲得連續範圍內包括遠、中、近距離有效視力及矯正角膜散光 | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年_____月_____日

屏東榮民總醫院龍泉分院自付差額特材說明書

制訂 113.03.05

病患姓名：_____ 病歷號：_____

| | | | |
|----------------|--|----------|--------------|
| 院內代碼 | CM3600038018 | 廠商 | 鼎正儀器有限公司 |
| 品項名稱(中英文) | 添視明增視型第二代散光矯正新易載預載式人工水晶體 Tecnis Eyhance Toric II IOL with TECNIS Simplicity Delivery System | | |
| 醫療許可證號 | 衛部醫器輸字第 035133 號 | 自費健保特材代碼 | FALSNDEUV1JJ |
| 健保給付上限 | 2,744 | | |
| 病患自付金額 | 46,456 元 | | |
| 產品特性 | 本產品可延伸焦距深度、改善中距離視力，並提供相似的遠距離視力，並矯正病人散光度數。本產品適用於成年患者無晶體眼的視力矯正。 | | |
| 使用原因 | 本產品適用於矯正無晶體眼、術前有角膜散光之有老花或無老花的成年患者。患者須經由囊外摘除術移白內障之老花眼患在術後在可獲得連續範圍內包括遠、中、近距離有效視力，進而降低對眼鏡的依賴程度。 | | |
| 應注意事項 | 無 | | |
| 副作用 | 人工水晶體植入的白內障手術中或者術後潛在不良反應事件可能包括以下症狀：1. 人工晶體脫離 2. 持續角膜水腫 3 持續黃斑水腫 | | |
| 與健保給付品項之療效比較說明 | 健保品項：僅提供遠距離視力(distance vision) 自費品項：可延伸焦距深度(Extend Depth of Focus, EDOF)、改善中距離視力(Intermediate tasks)、矯正散光度數 | | |

說明醫師：_____

本人 家屬或法定代理人簽章：_____年_____月_____日