

# 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)

病歷號：

姓名：

(可直接黏貼病患標籤)

1. 限：停經後婦女
2. 因骨質疏鬆症引起遠端橈骨、近端肱骨、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：\_\_\_\_\_

藥劑科建檔藥師：\_\_\_\_\_