

## 新北市政府衛生局 函

地址：220205新北市板橋區英士路192之1號1樓

承辦人：張靜宜

電話：(02)22577155 分機1935

傳真：(02)22577166

電子信箱：AS8359@ntpc.gov.tw



24158

新北市三重區重新路5段646號8樓

受文者：社團法人新北市藥師公會

發文日期：中華民國111年12月6日

發文字號：新北衛疾字第1112313584號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：說明二共2份

主旨：：有關嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心(下稱指揮中心)修訂「公費COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案」，請貴院所配合辦理，請查照。

說明：

一、依據指揮中心本(111)年11月29日肺中指字第1113800473號函辦理。

二、旨揭領用方案已置於衛生福利部疾病管制署全球資訊網>COVID-19防疫專區及最新資訊>重要指引及教材>COVID-19治療用藥領用方案>口服用藥項下(<https://gov.tw/aRG>)，修正重點說明如下：

(一)參考本年11月7日修訂之「新型冠狀病毒(SARS-CoV-2)感染臨床處置指引」，重症風險因子增列「氣喘」，並修訂旨揭領用方案內文之附件3「COVID-19口服抗病毒藥物使用評估表(參考範例)」。

(二)考量口服抗病毒藥物療程為5天，並配合自本年11月14日起，調整採居家照護之COVID-19非重症確診者隔離/自主健康管理為5+n天，修訂旨揭領用方案內文附件7「病人治療紀錄表(參考範例)」之治療評估天數為5天；負責團隊應追蹤病人服藥期間身體健康狀況至療程結束，表格如不



敷使用可自行增列。

三、副本抄送社團法人新北市醫師公會、新北市健診所協會、社團法人新北市藥師會及新北市藥劑生公會，請轉知所屬會員知悉。

正本：

副本：社團法人新北市藥師公會

局長 陳潤秋

本案依分層負責規定授權業務主管決行



## COVID-19口服抗病毒藥物使用評估表(參考範例)

申請日期： 年 月 日

基本資料	病人姓名： _____ 出生年月日： 年 月 日 身分證字號/護照號碼/統一證號： _____	
領用藥物	<input type="checkbox"/> Paxlovid	<input type="checkbox"/> Molnupiravir
申請適應症	<p>具以下任一重症風險因子，未使用氧氣且於發病5天內之成人或<math>\geq 12</math>歲且體重<math>\geq 40</math>公斤輕症病人：</p> <input type="checkbox"/> 年齡 $\geq 65$ 歲 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病(不含高血壓) <input type="checkbox"/> 慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病) <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎) <input type="checkbox"/> 失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷) <input type="checkbox"/> 精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症 <input type="checkbox"/> BMI $\geq 30$ (或12-17歲兒童青少年BMI超過同齡第95百分位) <input type="checkbox"/> 影響免疫功能之疾病(HIV感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制劑) <input type="checkbox"/> 懷孕(或產後6週內)婦女	<p>具以下任一重症風險因子(除懷孕(或產後六週內)外)，未使用氧氣且於發病5天內之<math>\geq 18</math>歲輕症病人，且無法使用其他建議藥物者：</p> <input type="checkbox"/> 年齡 $\geq 65$ 歲 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病(不含高血壓) <input type="checkbox"/> 慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病) <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎) <input type="checkbox"/> 失能(注意力不足及過動症、腦性麻痺、先天性缺陷、發展或學習障礙、脊髓損傷) <input type="checkbox"/> 精神疾病(情緒障礙、思覺失調症)、失智症 <input type="checkbox"/> BMI $\geq 30$ <input type="checkbox"/> 影響免疫功能之疾病(HIV感染、先天性免疫不全、實體器官或血液幹細胞移植、使用類固醇或其他免疫抑制劑)

<p>注意事項</p>	<p>請醫師詳閱公費 COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案之「六、注意事項」，確實評估可能藥物交互作用，將治療效益與風險（包括不適用藥害救濟）充分告知病人，並請其閱讀用藥須知。</p> <p>主治醫師簽章：</p>
-------------	---

備註：

1. 本表為參考範例格式，提供醫師於開立口服抗病毒藥物前，用以評估病人是否符合用藥條件之參考，非必要填寫之表格，亦毋須繳回衛生主管機關。
2. 本藥物尚未取得我國藥物許可，係因應緊急公共衛生需要，專案核予 EUA 以提供病人使用，故因使用此兩款藥物後發生不良反應導致死亡、障礙或嚴重疾病者，**不適用藥害救濟**，用藥前請醫師務必詳閱仿單、醫療人員指引及病人須知，評估病人使用本藥物進行治療之風險及效益，並向病人(或其家屬)詳細說明需實施此項治療的原因及可能發生之不良反應(可參考病人用藥須知)，經其同意後使用。
3. 有關 COVID-19口服抗病毒藥物之保存、使用及相關副作用等注意事項，請詳閱藥品中文說明書（含病人與照顧者說明單張）。下載網址：衛生福利部食品藥物管理署>COVID-19 專區(<https://gov.tw/EXW>)。

# 病人治療紀錄表(參考範例)

附件7

填表日期：\_\_年\_\_月\_\_日

治療用藥	<input type="checkbox"/> Paxlovid <input type="checkbox"/> Molnupiravir	開始用藥日期	__年__月__日	
<b>個案資料</b>				
姓名	發病日/採檢日	__年__月__日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號	出生年月日	__年__月__日	體重	__公斤
懷孕/哺乳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	最近6個月內曾接種 COVID-19疫苗： <input type="checkbox"/> 有，已接種__劑 <input type="checkbox"/> 無		
過去病史	<input type="checkbox"/> 有，請描述：_____			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
藥物過敏史	<input type="checkbox"/> 有，請描述：_____			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
最初顯示的臨床症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肌肉痛 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嗅味覺喪失 <input type="checkbox"/> 其他，請描述：_____			
治療經過	治療天數 (日期)	評估內容		評估人員簽章
	第1天 ( / / )	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治		
	第2天 ( / / )	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治		
	第3天 ( / / )	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治		
	第4天 ( / / )	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治		
	第5天 ( / / )	(1) 體溫：__°C (2) 臨床症狀有無緩和： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無症狀 (3) 後續處置： <input type="checkbox"/> 繼續居家照護 <input type="checkbox"/> 就醫診治		

(表格如不敷使用可自行增列)

備註：

1. 個案抗病毒藥物使用情形與服藥期間之身體健康狀況追蹤，依病人接受隔離治療地點安排圖

隊進行追蹤，且病人治療紀錄表格式得由負責追蹤單位自行規劃，不限由醫師填寫，本表格為提供參考之範例格式。追蹤團隊說明如下：(1)居家照護之確定病例：地方政府衛生局指派之醫療機構(居家照護遠距照護諮詢團隊或開立處方治療之院所)；(2)就地安置之住宿型長照機構確診住民：住宿型長照機構及地方政府衛生局指派之醫療機構；(3)收治於集中檢疫所/加強版防疫專責旅宿：收治場所主責醫院；(4)住院之確定病例：收治醫院

2. 有關 COVID-19 口服抗病毒藥物之保存、使用及相關副作用等注意事項，請詳閱藥品中文說明書（含病人與照顧者說明單張），下載網址：衛生福利部食品藥物管理署 > COVID-19 專區 (<https://gov.tw/EXW>)。請醫療院所及藥局在交付口服抗病毒藥物予病人（或其代理人）時，應確認處方內容，詳細告知病人藥物的用量、使用方法及相關注意事項等，並請將藥物中文說明書、用藥須知或醫療院所/藥局自行製作之用藥說明或衛教單等，提供予病人（或其代理人）參考。
3. 目前 2 款口服抗病毒藥物尚未取得我國藥物上市許可，係因應緊急公共衛生需要，專案核予 EUA 以提供病人使用，故因使用此兩款藥物發生不良反應導致死亡、障礙或嚴重疾病時，不適用藥害救濟。
4. 倘使用時有任何不良反應，請立即向全國藥物不良反應通報中心通報：通報系統網站：<https://adr.fda.gov.tw/Manager/WebLogin.aspx>；地址：臺北市中正區愛國東路 22 號 10 樓；電話：02-23960100；傳真：02-23584100；電子郵件：adr@tdrf.org.tw