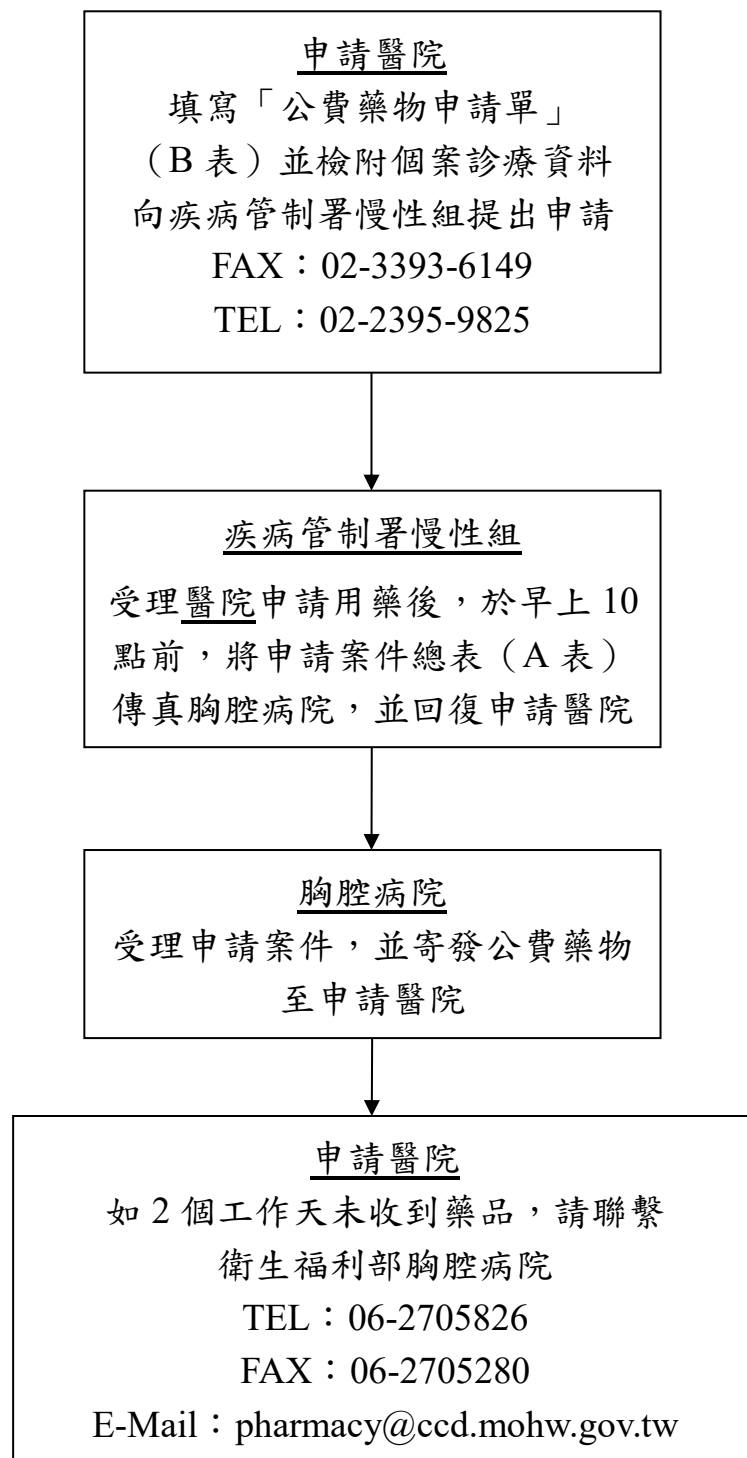


衛生福利部疾病管制署
申請 levofloxacin、moxifloxacin 公費藥物流程
(漢生病個案確診及治療醫院專用)



說明 A表*：公費藥物申請案件總表

B表*：衛生福利部疾病管制署公費藥物申請單

附件 2 之 A 表

衛生福利部疾病管制署

公費藥物申請案件總表

編號	個案姓名	申請醫院	收件住址	收件人	收件人電話	備註
1						
2						
3						

慢性組承辦人：

聯絡電話：

傳真日期：

寄送日期（胸腔病院寫）：

附件 2 之 B 表

衛生福利部疾病管制署
漢生病公費藥物申請單

申請醫院： 申請醫師簽章： 醫院聯絡人：
 聯絡電話： 傳真： 醫院地址：
 申請日期： 開始使用公費藥日期： (限加入 DOTS 個案)
 個案姓名： 出生年月日： 身分證字號：
 體重： _____ kg (健保有 無)

藥品名稱	單位	單次服用劑量	用法	天數	總量
levofloxacin 500mg/100mg(請圈選)	錠				
moxifloxacin 400mg	錠				

申請公費藥理由：

個案治療效果不佳 復發個案 _____ 抗藥性／副作用

初次申請公費藥 (以 30 天為上限)

再次申請公費藥 (第 _____ 次申請)

情況已穩定，欲申請藥量共 _____ 天 (以 90 天為上限)。

自主檢核是否依照申請方式檢附所需申請文件(請確實勾選並核對)：

初次申請： 詳附醫院病歷摘要(內容須註明 個案用藥史 藥物感受性試驗結果 其他病史 生化檢驗)。

再次申請： 詳述個案服藥情形／治療計畫

慢性組承辦人： 聯絡電話： 傳真：

注意事項：

一. 個案資料、申請公費藥理由，請務必填寫清楚。單次服用劑量、用法、天數、總量請依據參考劑量作初步審核，以減少錯誤及後續作業的延遲。

二. 公費藥物建議劑量及用法：

藥品	每日劑量 (最大劑量)	每日劑量		每月用量	包裝
		(50 公斤以下)	(50 公斤以上)		
levofloxacin (500mg)	7.5-10mg/Kg (500~1000 mg)	500 mg	750 mg	30-45#	100#/盒
moxifloxacin (400mg)	400mg	400 mg	400 mg	30#	5#/盒