

疾病管制署預防愛滋母子垂直感染愛滋藥品申領要點

107/3/22訂定

110/12/10修訂

一、說明：

愛滋孕婦及其新生兒所需預防母子垂直感染藥品，由疾病管制署免費提供，以提升其醫療品質，降低母子垂直感染機率，是項藥品之管理申領及核銷適用本作業要點之規範。

二、本項規範之藥品含：

1. Zidovudine 注射劑型（商品名：Retrovir Infusion）
10mg/ml 20ml/vial
2. Nevirapine 口服液（商品名：Viramune oral suspension）
10mg/ml 240ml/bot
3. Lamivudine 口服液（商品名：3TC oral solution）
10mg/ml 240ml/bot
4. Zidovudine 口服液（商品名：Retrovir syrup）
10mg/ml 240ml/bot
5. Raltegravir 口服液（商品名：Isentress）
10mg/ml 60 sachet/box

三、前項藥品由本署核配本署各區管制中心備用，並統籌藥品調度、受理轄內愛滋病指定醫院藥品申領與核銷。

四、各愛滋病指定醫院因應收治孕婦愛滋個案或其新生兒，需使用預防性治療藥品，請填具申請表（附件1）向本署各區管制中心領用。

五、申領本署預防母子垂直感染藥品，不得向中央健康保險署重複申報藥品經費。

六、本項藥品一經使用後，須向本署提出核銷，核銷表格如附件2。

七、Zidovudine 注射劑型及 Raltegravir 口服劑型係專案進口藥品，使用時需請病患填寫同意書（附件3），於核銷時一併檢附。

八、因應各地區收治愛滋孕婦或其新生兒多寡不同，本署各區管制中心間得視狀況平行調度運用（調度表如附件4），為了解藥品

使用情形及全國存量，各區管制中心應按季填報調查表（如附件5），以電子檔方式回覆本署承辦窗口電子信箱 n29560408@cdc.gov.tw 呂亞璇小姐收。

預防母子垂直感染愛滋藥品申請表

醫事機構名稱			
申領日期			
申領原因	<input type="checkbox"/> 醫院庫存藥品用罄，申請備用 <input type="checkbox"/> 目前收治感染愛滋病毒孕婦或嬰兒 <input type="checkbox"/> 其他		
申領藥物名稱	數量	規格及劑型	
<input type="checkbox"/> Zidovudine (Retrovir Infusion)		10mg/ml 20ml/vial	注射劑
<input type="checkbox"/> Lamivudine (3TC oral solution)		10mg/ml 240ml/bot	口服液
<input type="checkbox"/> Zidovudine (Retrovir syrup)		10mg/ml 240ml/bot	口服液
<input type="checkbox"/> Nevirapine (Viramune oral suspension)		10mg/ml 240ml/bot	口服液
<input type="checkbox"/> Raltegravir (Isentress)		10mg/ml 60 sachet/box	口服液
申領人簽章：			
下列資料由核發之區管制中心填寫			
疾管署區管制中心：	核發藥品及數量：	核發承辦人員：	

疾病管制署各區管制中心單一窗口

項目 單位	地址	聯絡電話	聯絡人
臺北區管制中心	臺北市大同區塔城街36號2樓	(02)85905000#5036	陳玫茵
北區管制中心	桃園市大園區航勤北路22號	(03)3982789#210	徐桂華
中區管制中心	臺中市南屯區文心南三路 20 號	(04)24739940#209	游硯棋
南區管制中心	臺南市南區大同路2段752號	(06)2696211#313	周宜樺
高屏區管制中心	高雄市左營區自由二路 180 號 6 樓	(07)5570025#615	李淑婷
東區管制中心	花蓮縣花蓮市港口路5號	(03)8223106#102	黃玲瓏

預防母子垂直感染藥品核銷表

醫事機構名稱		個案姓名	
醫事機構電話		個案身分證號	
主治醫師姓名		個案出生日期	
使用日期		使用理由	
藥物名稱	規格及劑型	使用數量	藥品批號及效期
<input type="checkbox"/> Zidovudine (Retrovir Infusion)	10mg/ml 20ml/vial 注射劑		Lot : Exp:
<input type="checkbox"/> Lamivudine (3TC oral solution)	10mg/ml 240ml/bot 口服液		Lot : Exp:
<input type="checkbox"/> Zidovudine (Retrovir syrup)	10mg/ml 240ml/bot 口服液		Lot : Exp:
<input type="checkbox"/> Nevirapine (Viramune oral suspension)	10mg/ml 240ml/bot 口服液		Lot : Exp:
<input type="checkbox"/> Raltegravir (Isentress)	10mg/ml 60 sachet/box 口服液		Lot : Exp:
醫事服務機構名稱	負責醫師簽章：		
核銷日期： 年 月 日			

衛生福利部疾病管制署

愛滋防治藥品治療(專案進口)病患同意書

執行單位：	電話：
治療醫師：	職稱：
病人姓名：	身分證號碼：
電話：	性別： 年齡：
通訊住址：	
緊急聯絡人：	電話：
<input type="checkbox"/> 治療藥品：Zidovudine (Retrovir I.V.) 針劑型 一、治療疾病：愛滋感染防治(預防母子垂直感染發生)。 二、給藥方法： Zidovudine (Retrovir) 20 ml/瓶，靜脈注射，使用前需稀釋，最終濃度為 10 mg/mL。 (分娩期間使用劑量，請參照藥品說明書) 三、可能產生的副作用：胃腸道不適、貧血、白血球低下、高血脂、肌肉病變等。 四、治療進行之注意事項：使用此處方須依醫師醫囑服用。	
<input type="checkbox"/> 治療藥品：Raltegravir(Isentress) 口服液 一、治療疾病：小兒愛滋感染防治(預防母子垂直感染發生)。 二、給藥方法： Raltegravir (Isentress) 100 mg/包，口服懸浮劑型，每包溶於10 mL 水中，最終濃度為 10 mg/mL。(建議新生兒妊娠週數 ≥ 37 週且體重 ≥ 2 kg 才可使用；25公斤以上，請改使用錠劑) 1. 從出生至1週：每日1次，每次劑量為1.5 mg/kg。 2. 出生大於1週以上：每日2次，依據體重調整劑量。(內容請參照藥品說明書) *劑量應在混合後 30 分鐘內給藥。 三、可能產生的副作用：噁心、頭痛，合併感染 B 型肝炎及/或 C 型肝炎的患者可能出現肝功能異常，橫紋肌溶解症，皮疹等。 四、治療進行之注意事項：使用此處方須依醫師醫囑服用。	
※本藥品無衛生福利部藥品許可證，不適用藥害救濟法。	
病人/監護人已詳閱以上各項資料，有關本藥之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，病人/監護人同意使用本藥。	
病人/監護人簽署：	日期： 年 月 日
治療醫師簽署：	日期： 年 月 日

預防愛滋母子垂直感染藥品調度表

疾病管制署_____區管制中心因_____

茲向疾病管制署_____區管制中心調度預防愛滋母子垂直感染藥品

藥物名稱	調度數量	規格及劑型
<input type="checkbox"/> Zidovudine (Retrovir Infusion)		10mg/ml 20ml/vial 注射劑
<input type="checkbox"/> Lamivudine (3TC oral solution)		10mg/ml 240ml/bot 口服液
<input type="checkbox"/> Zidovudine (Retrovir syrup)		10mg/ml 240ml/bot 口服液
<input type="checkbox"/> Nevirapine (Viramune oral suspension)		10mg/ml 240ml/bot 口服液
<input type="checkbox"/> Raltegravir (Isentress)		10mg/ml 60 sachet/box 口服液

單位主管： 承辦人員：

調度日期： 年 月 日

疾病管制署 _____ 區管制中心預防母子垂直感染愛滋藥品季報表

藥品品項		Zidovudine/vail (Ritrovir Infusion) Exp :	Zidovudine/bot (Ritrovir syrup) Exp :	Lamivudine/bot (3TC) Exp :	Nevirapine/bot (Viramune) Exp :	Raltegravir /box (Isentress) Exp :
使用及結存狀況						
分配 數量	區管制中心					
	指定醫院					
上季結存數量(A)						
本季撥入數量(B)						
本季撥出他區數量(C)						
使用/銷毀數量(D)						
結存數量(A+B)-(C+D)						
備註欄 1. 藥品調度情形 2. 藥品使用情形(使用日期、醫療院所、個案姓名及使用數量) 3. 屆效處理情形						

1.本報表請於每季(1、4、7、10月)10日前以電子郵件方式寄至 n29560408@cdc.gov.tw 信箱彙整。

2.已消耗藥品請檢附藥品核銷表影本，使用 Zidovudine 注射劑型藥品及 Raltegravir 口服劑型藥品，需另行檢附病患同意書。