

「藥品給付規定」修訂對照表

第 4 節 血液治療藥物 Hematological drugs

(自 111 年 6 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>4.3.4. Icatibant (如 Firazyr)、<u>C1 esterase inhibitor (如 Berinert)</u>: (109/6/1、<u>111/6/1</u>)</p> <p>1. 須經主管機關認定具遺傳性血管性水腫(hereditary angioedema, HAE)罕見疾病者。</p> <p>2. <u>Icatibant (如 Firazyr)</u>: 限用於 2 歲(含)以上之體內 C1 酯酶抑制劑不足之 HAE 患者於急性發作時進行症狀治療，並符合下列臨床標準：</p> <p>(1) 患者必須經確診為 C1 酯酶抑制劑缺乏症(C1 esterase inhibitor deficiency)。</p> <p>(2) 患者存在遺傳性血管性水腫急性發作的重大風險，如曾有中重度的非喉部發作(visual analog scale 30mm 以上[含]，最嚴重 100mm)或急性喉部之發作病史。</p> <p>3. <u>C1 esterase inhibitor (如 Berinert)</u>: 限用於 6 歲以上第一型及第二型遺傳性血管性水腫(HAE)急性發作的治療，且具重大風險，如曾有中重度的非喉部發作(visual analog scale 30mm 以上，最嚴重 100mm)或急性喉部之發作病史。 (<u>111/6/1</u>)</p>	<p>4.3.4. Icatibant (如 Firazyr) (109/6/1)</p> <p>1. 須經主管機關認定具遺傳性血管性水腫(hereditary angioedema, HAE)罕見疾病者。</p> <p>2. 限用於 2 歲(含)以上之體內 C1 酯酶抑制劑不足之 HAE 患者於急性發作時進行症狀治療，並符合下列臨床標準：</p> <p>(1) 患者必須經確診為 C1-酯酶抑制劑缺乏症(C1-esterase inhibitor deficiency)。</p> <p>(2) 患者存在遺傳性血管性水腫急性發作的重大風險，如曾有中重度的非喉部發作(visual analog scale 30mm 以上[含]，最嚴重 100mm)或急性喉部之發作病史。</p>

<p>4. 限內科或兒科專科醫師且具有免疫過敏或兒童過敏免疫風濕專科醫師處方攜回<u>下列備用注射之數量</u>；但因急性發作至急診求診者不在此限：</p> <p>(1)<u>Icatibant (如 Firazyr)：1 支。</u></p> <p>(2)<u>C1 esterase inhibitor：1 次劑量。(111/6/1)</u></p> <p>5. 於處方本藥品時，應附原始治療醫囑單及治療紀錄(載明發作部位、症狀及嚴重程度)；於處方備用 <u>icatibant/C1 esterase inhibitor</u> 時，應衛教病人用藥規範及附上用藥資料表(如附表三十三-全民健康保險遺傳性血管性水腫患者使用 <u>Icatibant/C1 esterase inhibitor</u> 治療紀錄表)，並於病歷載明前次發作之部位、症狀及嚴重程度以供審查。(111/6/1)</p> <p>6. 24 小時內限用：</p> <p>(1)<u>Icatibant (如 Firazyr)：3 支。</u></p> <p>(2)<u>C1 esterase inhibitor 1 次。</u> (111/6/1)</p>	<p>3. 限內科或兒科專科醫師且具有免疫過敏或兒童過敏免疫風濕專科醫師處方攜回備用<u>自我注射之 icatibant 1 支</u>；但因急性發作至急診求診者不在此限。</p> <p>4. 於病例發生時，應附原始治療醫囑單及治療紀錄(載明發作部位、症狀及嚴重程度)；於處方備用 icatibant 時應衛教病人用藥規範及附上用藥資料表(如附表三十三-全民健康保險遺傳性血管性水腫患者使用 Icatibant 治療紀錄表)，並於病歷載明前次發作之部位、症狀及嚴重程度以供審查。</p> <p>5. 24 小時內限用 <u>3 支。</u></p>
---	--

備註：劃線部分為新修訂規定

附表三十三 全民健康保險遺傳性血管性水腫患者使用 Icatibant/Human C1 esterase inhibitor 治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____ 公斤

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量(針/瓶)：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空針/空瓶數量及批號：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/日)	注射時間			注射後效果		注射後發生之不適症狀	注射者簽名(章)
	上午	下午	時間(時/分)	改善	未改善		

備註：

1. 領藥量請詳記藥品針/瓶數，使用空針/空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。
2. 本藥品貯存方式：請參考藥品仿單標示之溫度正確保存藥品。
3. 遺傳性血管性水腫(HAE)可能症狀，請見「遺傳性血管性水腫衛教資訊及活動評估紀錄表」。

遺傳性血管性水腫衛教資訊及活動評估紀錄表

(111.6.1.更新)

症狀與疾病特色

腫脹是遺傳性血管性水腫的主要症狀，在起先的 24 至 36 小時內，症狀通常會逐漸加劇，並在 48 小時內逐漸改善。

腫脹情形可能發生在身體的任何部位，包含喉嚨、腹部、臉部、手掌、腳掌和生殖器。

導致遺傳性血管性水腫發生的因素

- 皮膚受到壓力或創傷
- 反覆進行相同的動作或步驟
- 情緒壓力
- 感染
- 荷爾蒙改變

部分人可能會出現下列症狀：

- 刺痛感，是這種疾病的前驅症狀(可能比水腫更早發生)
- 排便習慣改變
- 類似流感的症狀
- 疲倦
- 範圍逐漸擴散的皮膚疹，正式醫學名稱為「邊緣性紅斑」

活動評估紀錄表：請於注射後 24 小時內填寫以下評量表

1. 腫脹情形都發生在一天當中的哪些時間區段？(請勾選所有符合的時間區段)	<input type="checkbox"/> 半夜 - 早上 8 點
	<input type="checkbox"/> 早上 8 點- 下午 4 點
	<input type="checkbox"/> 下午 4 點 - 半夜
2. 這些腫脹情形所引起的身體不適（如疼痛、灼熱感、搔癢）有多嚴重（或曾經有多嚴重）？	<input type="checkbox"/> 沒有不適
	<input type="checkbox"/> 輕微不適
	<input type="checkbox"/> 中度不適
	<input type="checkbox"/> 嚴重不適
3. 在發生這些腫脹的期間，您是否能夠維持日常活動？	<input type="checkbox"/> 不受限制
	<input type="checkbox"/> 輕微受限
	<input type="checkbox"/> 嚴重受限
	<input type="checkbox"/> 無法進行任何活動
4. 您覺得這些腫脹是否影響到您的外表？	<input type="checkbox"/> 沒有影響
	<input type="checkbox"/> 有輕微影響
	<input type="checkbox"/> 有中度影響
	<input type="checkbox"/> 有嚴重影響
5. 您認為這些腫脹的整體嚴重度如何？	<input type="checkbox"/> 可忽略
	<input type="checkbox"/> 輕微
	<input type="checkbox"/> 中度
	<input type="checkbox"/> 嚴重