

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院藥物治療計畫書

(括號內藍字為欄位說明，提供填表人員參考)

申請單位：	申請醫師：
申請原因： <input type="checkbox"/> 專案進 <input type="checkbox"/> 恩慈治療 <input type="checkbox"/> 藥品仿單核准適應症外治療(Off-label use)	
申請理由： <input type="checkbox"/> 國內無治療品項 <input type="checkbox"/> 個案不適用國內衛生福利部核准治療品項	
申請藥品名稱： (藥品仿單核准適應症外治療限申請院內藥品使用中品項)	
商品名：	
學名：	
製造廠及產地：	
申請藥品總量：	
藥品提供廠商：	
該藥品是否已獲衛生福利部核准上市？	
<input type="checkbox"/> 是 (檢附國內核准上市證明) <input type="checkbox"/> 否，但已在國外上市 (檢附國外上市證明)	
藥品付費方式：	
<input type="checkbox"/> 自費使用 (請附件病人自費同意書)	
<input type="checkbox"/> 藥廠免費提供	
<input type="checkbox"/> 非適應症健保使用(經院核准使用後，請申請醫師啟動健保署專案簽呈)	
<input type="checkbox"/> 其他 (請說明)：	
使用病患姓名：	
共_____人	
治療疾病名稱：	
給藥方法：(含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程...等)	
療效評估：	
(若為藥品仿單核准適應症外治療或個案不適用國內衛生福利部核准治療品項，請補述已經傳統治療方法無效之說明)	
預期效果：	
(若為藥品仿單核准適應症外治療申請依國內外文獻指出用 Off-label use 於療效之預期效果，請附件近五年文獻佐證)	
可能發生的副作用、處理方式： (若發生藥品不良反應事件，請啟動藥物不良反應通報)	