

「藥品給付規定」修正規定

第4節 血液治療藥物 Hematological drugs

(自104年11月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>4.2.1. Human Albumin : (100/8/1)</p> <p>1. 本保險對象因病使用 Human Albumin 以符合下列適應症為限 (96/6/1、<u>104/11/1</u>):</p> <p>(1) 休克病人擴充有效循環血液量 (略)</p> <p>(2) 病危、有腹水或水腫併有血清白蛋白濃度偏低病人</p> <p>I 血清白蛋白濃度低於2.5gm/dL</p> <p>i. 肝硬化症(有相當之腹水或併發水腫)每日最多用量限25gm。</p> <p>ii. 腎病症候群(嚴重蛋白尿致血清白蛋白下降), 每日最多用量限25gm。</p> <p>iii. 嚴重燒燙傷。</p> <p>iv. 肝移植。</p> <p><u>v. 蛋白質流失性腸症 (protein-losing enteropathy) (104/11/1)</u></p> <p><u>依下列規範使用:</u></p> <p><u>(i) 經內視鏡或手術或病理報告證實為蛋白質流失性腸症; 或糞便 alpha-1-antitrypsin 升高。</u></p> <p><u>(ii) 滿18歲以內兒童。</u></p> <p>II~III(略)。</p>	<p>4.2.1. Human Albumin : (100/8/1)</p> <p>1. 本保險對象因病使用 Human Albumin 以符合下列適應症為限 (96/6/1):</p> <p>(1) 休克病人擴充有效循環血液量 (略)</p> <p>(2) 病危、有腹水或水腫併有血清白蛋白濃度偏低病人</p> <p>I 血清白蛋白濃度低於2.5gm/dL</p> <p>i. 肝硬化症(有相當之腹水或併發水腫)每日最多用量限25gm。</p> <p>ii. 腎病症候群(嚴重蛋白尿致血清白蛋白下降), 每日最多用量限25gm。</p> <p>iii. 嚴重燒燙傷。</p> <p>iv. 肝移植。</p> <p>II~III(略)。</p>

<p>2. 注意事項</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2) 醫院於病例發生時，應填寫「全民健康保險病人使用 Human Albumin 申報表」(請詳附表四)，並附原始治療醫囑單於當月份申報醫療費用時送<u>署</u>辦理。</p> <p>(3)(略)</p>	<p>2. 注意事項</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2) 醫院於病例發生時，應填寫「全民健康保險病人使用 Human Albumin 申報表」(請詳附表四)，並附原始治療醫囑單於當月份申報醫療費用時送<u>局</u>辦理。</p> <p>(3)(略)</p>
--	--

備註：劃線部分為新修訂規定。

附表四 全民健康保險使用 Human Albumin 申報表

醫院	
----	--

病人姓名				身分證號				科別			
年齡		性別		病房號		門診					

使用日期_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

使用藥劑名稱及代碼

適 應 症	<input type="checkbox"/> 休克 (限50gm)	<input type="checkbox"/> A 七十歲老人
		<input type="checkbox"/> B 嬰幼兒
		<input type="checkbox"/> C 合併心衰竭
		<input type="checkbox"/> D 其他休克病人已給生理鹽水等
	<input type="checkbox"/> 蛋白嚴重流失小於2.5gm/dL	<input type="checkbox"/> E 肝硬化症 (每日限25gm)
		<input type="checkbox"/> F 腎症候群 (每日限25gm)
		<input type="checkbox"/> G 嚴重燒、燙傷
		<input type="checkbox"/> H 肝移植
		<input type="checkbox"/> I <u>蛋白質流失性腸症</u>
	<input type="checkbox"/> 蛋白嚴重流失小於3.0gm/dL	<input type="checkbox"/> J 嚴重肺水腫
		<input type="checkbox"/> K 大量肝切除
	<input type="checkbox"/> 開心手術 (限37.5gm)	

用 量	日期	用量 (瓶)	檢驗結果	檢查日期	審核結果
	年 月 日		A/G(gm/dL)		

注意 Albumin 值限最近3天以內，如係多次注射限上次注射後，最近3天內之結果。
 事項 每次注射前，務必檢查 Albumin 值，符合條件方可以再注射。

使用 效果 評估	<input type="checkbox"/> Albumin 值提升至 _____ gm/dL	審 核 意 見	
----------------	---	------------------	--