

「藥品給付規定」修正對照表

第13節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自105年11月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>13.14. Ingenol(如 Picato) : (105/11/1)</u></p> <p><u>限用於治療局部性、非過度角化 (non-hyperkeratotic)、非肥厚型 (non-hypertrophic)光化性角化症</u></p> <p><u>1. 限用於局部性治療 25 cm²的連續治療面積內，4個(含)以上病灶數量。</u></p> <p><u>2. 須經皮膚科醫師診斷為光化性角化症，並附照片備查。</u></p> <p><u>3. 療程：</u></p> <p><u>(1)150微克/克(0.015%)用於臉部或頭皮，每天一次、連續塗抹3天，每部位每一次療程限處方3支；</u></p> <p><u>500微克/克(0.05%)用於身軀或四肢，每天一次，連續塗抹2天，每部位每一次療程限處方2支。</u></p> <p><u>(2)若未達完全清除、或病灶復發或出現新病灶，須進行第二次療程，須距第一次療程八週以上，一年內以兩療程為限。</u></p> <p><u>(3)於局部治療範圍處，八週內不得同時併用其他光化性角化症治療，如冷凍治療、雷射、電燒等。</u></p>	<p>13.14. 無</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。