

COVID-19口服抗病毒藥物使用評估表(參考範例)

申請日期：____年____月____日

基本資料	病人姓名：_____ 出生年月日：____年____月____日 身分證字號/護照號碼/統一證號：_____	
領用藥物	<input type="checkbox"/> Paxlovid	<input type="checkbox"/> Molnupiravir
申請適應症	具以下任一重症風險因子(除懷孕外)，未使用氧氣且於發病5天內之 ≥ 12 歲且體重 ≥ 40 公斤病人： <input type="checkbox"/> 年齡 ≥ 65 歲 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病(不含高血壓) <input type="checkbox"/> 慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺 高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病) <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性 肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎) <input type="checkbox"/> 失能(注意力不足及過動症、腦性麻 痺、先天性缺陷、發展或學習障 礙、脊髓損傷) <input type="checkbox"/> 精神疾病(情緒障礙、精神分裂 症)、失智症 <input type="checkbox"/> 吸菸(或已戒菸者) <input type="checkbox"/> BMI ≥ 30 (或12-17歲兒童青少年 BMI超過同齡第95百分位) <input type="checkbox"/> 影響免疫功能之疾病(HIV感染、先 天性免疫不全、實體器官或血液幹 細胞移植、使用類固醇或其他免疫 抑制劑)	具以下任一重症風險因子(除懷孕外)，未使用氧氣且於發病5天內之 ≥ 18 歲病人，且無法使用其他建議藥 物者： <input type="checkbox"/> 年齡 ≥ 65 歲 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 心血管疾病(不含高血壓) <input type="checkbox"/> 慢性肺疾(間質性肺病、肺栓塞、肺 高壓、氣管擴張、慢性阻塞性肺病) <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 慢性肝病(肝硬化、非酒精性脂肪性 肝炎、酒精性肝病與免疫性肝炎) <input type="checkbox"/> 失能(注意力不足及過動症、腦性麻 痺、先天性缺陷、發展或學習障 礙、脊髓損傷) <input type="checkbox"/> 精神疾病(情緒障礙、精神分裂 症)、失智症 <input type="checkbox"/> 吸菸(或已戒菸者) <input type="checkbox"/> BMI ≥ 30 (或12-17歲兒童青少年 BMI超過同齡第95百分位) <input type="checkbox"/> 影響免疫功能之疾病(HIV感染、先 天性免疫不全、實體器官或血液幹 細胞移植、使用類固醇或其他免疫 抑制劑)

注意事項	<p>請醫師詳閱公費 COVID-19治療用口服抗病毒藥物領用方案之「六、注意事項」，確實評估可能藥物交互作用，將治療效益與風險（包括不適用藥害救濟）充分告知病人，並請其閱讀用藥須知。</p> <p>主治醫師簽章：</p>
------	---

備註：

1. 本表為參考範例格式，提供醫師於開立口服抗病毒藥物前，用以評估病人是否符合用藥條件之參考，非必要填寫之表格，亦毋須繳回衛生主管機關。
2. 本藥物尚未取得我國藥物許可，係因應緊急公共衛生需要，專案核予 EUA 以提供病人使用，故因使用此兩款藥物後發生不良反應導致死亡、障礙或嚴重疾病者，**不適用藥害救濟**，用藥前請醫師務必詳閱仿單、醫療人員指引及病人須知，評估病人使用本藥物進行治療之風險及效益，並向病人(或其家屬)詳細說明需實施此項治療的原因及可能發生之不良反應(可參考病人用藥須知)，經其同意後使用。