

「藥品給付規定」修訂對照表

第8節 免疫製劑 Immunologic agents

(自107年10月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、99/10/1、100/5/1、 100/10/1、101/9/1、 102/10/1、107/7/1、 <u>107/10/1</u>)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-la (如 Rebif)、<u>teriflunomide</u> <u>14mg (如 Aubagio)、dimethyl</u> <u>fumarate (如 Tecfidera)</u>： (91/4/1、97/8/1、100/10/1、 107/7/1、<u>107/10/1</u>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. <u>初次使用 teriflunomide 及 dimethyl fumarate 時需經事前審查核准後使用。</u> 3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1) (1) 有視神經及脊髓發作。 	<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、99/10/1、100/5/1、 100/10/1、101/9/1、 102/10/1、107/7/1、 <u>107/10/1</u>)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-la (如 Rebif)、<u>teriflunomide</u> <u>14mg (如 Aubagio)</u>： (91/4/1、97/8/1、 100/10/1、107/7/1、 <u>107/10/1</u>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. 初次使用時需經事前審查核准後使用。 3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括： (100/10/1) (1) 有視神經及脊髓發作。 (2) 出現下列2種以上症

<p>(2) 出現下列2種以上症狀：</p> <ul style="list-style-type: none">I 脊髓侵犯大於3節。II NMO-IgG or Aquaporin-4抗體陽性。III 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。	<p>狀：</p> <ul style="list-style-type: none">I 脊髓侵犯大於3節。II NMO-IgG or Aquaporin-4抗體陽性。III 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。
--	---

備註：劃線部分為新修訂規定