

「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 108 年 2 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>8.1.3. 高單位免疫球蛋白（如 Gamimune-N; Venoglobulin 等）：限符合下列適應症病患檢附病歷摘要（註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效…等）</p> <p>1.~9. (略)</p> <p>10. <u>慢性脫髓鞘多發性神經炎(Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, CIDP) (限使用 Privigen) : (108/2/1)</u></p> <p><u>(1)限用於依歐洲神經醫學會聯合會 (European Federation of Neurological Societies; EFNS) 之診斷標準確診為慢性脫髓鞘多發性神經炎之成人，且對於類固醇治療無效或無法耐受類固醇，臨床上仍產生急性惡化時使用。</u></p> <p><u>(2)前述類固醇治療無效定義，係指使用口服每日每公斤體重 1mg 或每日 60mg prednisolone 兩個月仍未有 INCAT (Inflammatory Neuropathy Cause and Treatment) Disability scale 1 分(含)以上之進步。</u></p> <p><u>(3)限由區域醫院(含)以上教學醫院</u></p>	<p>8.1.3. 高單位免疫球蛋白（如 Gamimune-N; Venoglobulin 等）：限符合下列適應症病患檢附病歷摘要（註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效…等）</p> <p>1.~9. (略)</p>

<p><u>神經科專科醫師診斷及使用。</u></p> <p><u>(4)需經事前審查核准後使用，每次申請半年兩個療程，每年最多四個療程，需檢附病歷資料及治療前後的 INCAT 評估結果。</u></p> <p><u>(5)每月最大劑量每公斤體重 2 公克。</u></p> <p><u>(6)如在開始兩個療程後無 INCAT 1 分(含)以上之進步，則不再給予高單位免疫球蛋白。</u></p> <p>註：川崎病診斷標準：(略)</p>	<p>註：川崎病診斷標準：(略)</p>
---	----------------------

備註：劃線部分為新修訂規定