

「藥品給付規定」修訂對照表

第 9 節 抗癌藥物 Antineoplastics drugs

(自 110 年 5 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9. 30. Dasatinib(如 Sprycel)： (98/1/1、102/4/1、104/12/1、 <u>110/5/1</u>)</p> <p>限用於</p> <p>1. 第一線使用(102/4/1、104/12/1、 <u>110/5/1</u>)：</p> <p><u>(1)治療新診斷的費城染色體陽性之慢性期慢性骨髓性白血病的成人。</u></p> <p><u>(2)併用化療適用於新診斷費城染色體陽性急性淋巴性白血病(Ph+ ALL)之 1 歲以上兒童病人，無疾病惡化時的維持治療限使用 2 年。(110/5/1)</u></p> <p>2. 第二線使用(104/12/1)：</p> <p>(1)治療患有慢性、加速或急性期慢性骨髓性白血病，對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。</p> <p>(2)治療患有費城染色體陽性急性淋巴性白血病，且對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。</p> <p>(3)需檢送病歷及對 imatinib 耐受性不良或無效的證明(104/12/1)。</p> <p>3. 治療患有慢性期費城染色體陽性慢性</p>	<p>9. 30. Dasatinib(如 Sprycel)： (98/1/1、102/4/1、104/12/1)</p> <p>限用於</p> <p>1. 第一線使用(102/4/1、104/12/1)：</p> <p>治療新診斷的費城染色體陽性之慢性期慢性骨髓性白血病的成人。</p> <p>2. 第二線使用(104/12/1)：</p> <p>(1)治療患有慢性、加速或急性期慢性骨髓性白血病，對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。</p> <p>(2)治療患有費城染色體陽性急性淋巴性白血病，且對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。</p> <p>(3)需檢送病歷及對 imatinib 耐受性不良或無效的證明(104/12/1)。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<u>骨髓性白血病(Ph+ CML) 之 1 歲以上 的兒童病人。(110/5/1)</u>	

備註：劃線部分為新修訂之規定。