

「藥品給付規定」修訂對照表

第 1 節 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

(自 110 年 5 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
1.3.2.7.Rufinamide (如 Inovelon) (106/5/1、 <u>110/5/1</u>) 限用於 <u>1</u> 歲以上病患之 Lennox-Gastaut 症候群相關癲癇發作之輔助治療，且 使用 lamotrigine、topiramate 無效或無 法耐受副作用者。	1.3.2.7.Rufinamide (如 Inovelon) (106/5/1) 限用於 <u>4</u> 歲以上病患之 Lennox-Gastaut 症候群相關癲癇發作之輔助治療，且使 用 lamotrigine、topiramate 無效或無法 耐受副作用者。

備註：劃線部分為新修訂之規定