

衛生福利部疾病管制署專案進口寄生蟲治療藥物領用標準流程

中華民國九十五年三月九日行政院衛生署疾病管制局

衛生署疾管防字第 0950003922 號函訂頒

中華民國一〇三年二月十三日衛生福利部疾病管制署

疾管防字第 1030200139 號函修正

中華民國一〇六年三月十二日衛生福利部疾病管制署

疾管防字第 1060200150 號函修正

- 一、衛生福利部疾病管制署(以下簡稱本署)依罕見疾病防治及藥物法與藥物樣本贈品管理辦法第 2 條第 7 款基於公共衛生目的之規定，提供部分無其他藥物治療或其他相關療法可替代之寄生蟲治療藥品領用，所提供專案進口寄生蟲治療藥物包括 Paromomycin (適應症：隱孢子蟲感染[*cryptosporidiosis*]、阿米巴性痢疾感染[*amoebiasis*])、Ivermectin(適應症：糞小桿線蟲感染[*strongyloidiasis*]、血絲蟲感染[*filariasis*]、Pyrimethamine(適應症：弓形蟲感染[*toxoplasmosis*])、Albendazole(適應症：鉤蟲感染之表皮幼蟲移行症[*cutaneous larva migrans caused by hookworms*]、包囊蟲[*hydatid disease*]、廣東住血線蟲[*angiostrongyliasis*]、旋毛蟲[*trichinellosis*])及瘧疾治療用藥 (Artesunate、Artequin®、Primaquine，另 Hydroxychloroquine 由本署採購惟非專案進口)，由本署專案進口後分送本署所屬區管中心或衛生局，受理醫療機構申請事宜。Paromomycin、Ivermectin、Pyrimethamine 及 Albendazole 等藥物以提供本國人使用為原則。另為降低傳染病傳播風險之考量，針對於國內長期居留之外籍配偶(含大陸、港澳地區配偶)及受聘僱外國人，亦予同意提供領用。
- 二、本署所屬區管中心於受理醫療機構申請法定傳染病阿米巴性痢疾、瘧疾及弓形蟲感染症治療，原則上請先透過本署傳染病通報系統查詢確認「陽性」或「通報」個案始得寄送該藥物，其餘治療原則請參考本署所訂傳染病防治工作手冊及相關治療指引。
 - (一)申請 Paromomycin 藥物時，請先查詢確認為阿米巴性痢疾「陽性」個案。
 - (二)申請 Pyrimethamine 藥物時，請先查詢確認為弓形蟲感染症「通報」個案。
 - (三)申請瘧疾治療用藥時，請醫師經臨床及血片原蟲診斷為疑似瘧疾個案，送驗並通報傳染病個案通報系統。
- 三、醫師診治病人後，如需向本署所屬區管中心領用專案進口寄生蟲治療藥物時，請醫療機構先行以電話連絡本署所屬區管中心確認領藥相關事宜後，填寫「使用專案進口寄生蟲治療藥物申請書」(附件一)，傳真本署所屬區管中心，正本留存原申請單位備查。**如為非本國籍之阿米巴性痢疾個案，其治療藥物採使用者付費，繳費金額依每錠收費金額及實際領用數量計算，每錠收費金額詳本署阿米巴性痢疾藥品費最新公告；請於傳真上述文件時，另傳真匯款收據，付費方式如附件二。**
- 四、本署所屬區管中心接獲電話通知及傳真資料後，原則以快捷郵件將專案進口寄生蟲治療藥品寄交醫療機構，情況緊急時，醫療機構得派人逕行至本署所屬區管中心領取藥品並送交相關正本資料，派人領取藥物時，請領藥人填寫「專案進口寄生蟲治療藥物

領用切結書」(附件三)。

- 五、醫師完成病人之治療療程後，應填寫「衛生福利部疾病管制署專案進口寄生蟲治療藥物副作用調查表」(附件四)或「服用瘧疾藥品副作用調查表」(附件六)，請傳真至本署所屬區管中心，正本留存原申請單位備查。若發現病人有任何藥物不良反應，請向全國藥物不良反應通報中心通報：全國藥物不良反應通報系統網站：<http://adr.doh.gov.tw>；地址：臺北市中正區羅斯福路一段 32 號 2 樓；電話：(02)2396-0100；傳真：(02)2358-4100。
- 六、瘧疾治療用藥 (Artesunate、Hydroxychloroquine、Primaquine、Artequin[®])，經醫師臨床及血片原蟲診斷為疑似瘧疾個案，通報傳染病個案通報系統並將檢體送本署檢驗，填寫「領用瘧疾藥品同意書」(附件五)，並由醫療院所洽衛生局或本署所屬區管中心申請藥物。
- 七、瘧疾預防用藥 (Malarone[®])，由個案於本署委辦醫院之旅遊醫學門診 (合約醫院名單請參閱本署網站) 就診諮詢，填寫「領用瘧疾藥品同意書」(附件五)，並持醫師處方領藥。

備註：

1. 疾病管制署儲備專案進口寄生蟲治療藥物品項：

- (1) Albendazole (Zentel[®]) (400mg/tab)
- (2) Ivermectin (Stromectol[®]) (3mg/tab)
- (3) Pyrimethamine (Daraprim[®]) (25mg/tab)
- (4) Paromomycin (Humatin[®]) (250mg/cap)
- (5) Artesunate (Artesun[®]) (60mg/vial)
- (6) Hydroxychloroquine (Plaquenil[®]) (200mg/tab) 目前有國內藥品許可證字號
- (7) Primaquine (Primacin[®]) (7.5mg/tab)
- (8) Artequin[®] (artesunate 600mg+mefloquine 750mg) (3 tabs + 3 tabs)
- (9) Malarone[®] (atovaquone 250mg / proguanil hydrochloride 100mg) (tab)

上述寄生蟲治療藥物，同案如需申請第二次以上用藥，應檢附病患最新檢驗報告及治療現況報告。

上述藥品因採購困難度高，若有採購品項異動將隨時於本署全球資訊網民眾版/政府資料公開/作業指引中更新。

2. 疾病管制署相關單位連絡電話及傳真：

疾病管制署所屬區管中心					
單位名稱	連絡人	連絡電話	非上班時間 聯絡電話	傳 真	地 址
臺北區 管制中心	洪小姐	02-85905012 02-85905000#5012	02-25509831	02-25505876	10341 臺北市大同區塔 城街 36 號 2 樓

北區 管制中心	許小姐	03-3982789#121	03-398-3647	03-3931723	33755 桃園市大園區航 勤北路 22 號
中區 管制中心	張先生	04-24739940#215	04-2472-5110	04-24739774	40855 臺中市南屯區文 心南三路 20 號
南區 管制中心	張小姐	06-2696211#509	06-290-6684	062906714	70256 臺南市南區大同 路二段 752 號
高屏區 管制中心	許小姐	07-5570025#632	0912204709 07-557-0647	07-5574664 07-5574544	81358 高雄市左營區自 由二路 180 號
東區 管制中心	鄭小姐	03-8223106#226	03-8222690	03-8224732	97058 花蓮縣花蓮市新 興路 202 號
疾病管制署					
單位名稱	連絡人	連絡電話		傳 真	地 址
急性傳染 病組	林小姐	02-23959825#3919 02-2392-8979		02-23925627	10050 臺北市中正區林 森南路 6 號
	藍先生	02-23959825#3741 02-2391-8259		02-23945308	
檢疫組	祝小姐	02-23959825#3866 02-2395-9838		02-23912066	
	黃先生	02-2395-9825#3023 02-2395-9838		02-23916193	

3. 「使用專案進口寄生蟲治療藥物申請書」格式如附件一。
4. 非本國籍之阿米巴性痢疾個案治療藥物付費方式如附件二。
5. 「專案進口寄生蟲治療藥物領用切結書」格式如附件三。
6. 「衛生福利部疾病管制署專案進口寄生蟲治療藥物副作用調查表」格式如附件四。
7. 「領用瘧疾藥品同意書」格式如附件五。
8. 「服用瘧疾藥品副作用調查表」格式如附件六。
9. 衛生福利部疾病管制署專案進口阿米巴性痢疾治療藥物領用流程，附件七。
10. 衛生福利部疾病管制署瘧疾治療或預防用藥領用流程，附件八。

使用專案進口寄生蟲治療藥物申請書

病患：(姓名_____，性別____，生日：____年____月____日，體重：____公斤)，
身分別：本國人，外籍配偶，受聘僱外國人，其他_____

因感染：_____ (檢驗報告或相關病歷說明如附件)，本人為治療該病患，茲
向衛生福利部疾病管制署____區管制中心領取專案進口寄生蟲治療藥物：

藥名：_____劑量/錠：_____、使用方法_____、共_____錠，
使用劑量請參考仿單說明，同案如需申請第二次以上用藥，應檢附最新病患檢驗報告及治療現
況報告。

本項藥品尚未經衛生福利部核准上市，相關醫療院所在使用時，必須加強不良反應監視及通
報，若經發現，請立即通知全國藥物不良反應通報中心，以保障病人權益。

本人已向病患詳細說明下列事項並獲得病患同意書如附。

- 一、需實施此項治療的原因
- 二、可能發生之併發症及危險

此致

衛生福利部疾病管制署_____區管制中心

醫療機構名稱：_____

處方醫師簽章：_____ (聯絡電話或手機：_____)

副作用追蹤聯絡人：(姓名：_____，電話：_____)

※備註：如為非本國籍之阿米巴性痢疾個案，治療藥品採使用者付費，請傳真匯款收據(詳見附件二)。

專案進口寄生蟲治療藥物寄件資料

藥品寄送：(收件人：_____，單位名稱：_____)

收件地址：_____

聯絡電話：_____

使用專案進口寄生蟲治療藥物同意書
Antiparasitic Drug Use Consent Form

本人經處方醫師之說明，已充分瞭解服用寄生蟲治療藥物可能引起之副作用及需服用的原因，並同意使用本藥物；若服藥後發生不適或緊急之情況，應立刻至醫院向醫師諮詢或接受必要之處置。

I fully understand the reasons for taking antiparasitic drugs and am aware of the possible side effects. I agree to take the drugs. Should any discomfort or side effect develops after taking antiparasitic drugs, I will immediately seek medical attention.

使用者簽名： _____ 法定代理人(或監護人)： _____
Name Guardian

身分證字號(護照號碼)： _____
I.D. (or Passport) No.

電話或手機： _____
TEL (or Mobile phone)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
yyy/ mm/dd

※備註：使用者為未成年、無行為能力或限制行為能力者，應得其法定代理人（或監護人）同意。

Note: The consent form must be signed by a legally authorized representative (or guardian) if the drug is to be given to a minor, or an individual with no or limited capacity to make juridical acts.

疾病管制署內部作業使用

※於發放**非本國籍之**阿米巴性痢疾個案治療藥品後，區管中心承辦人請將本申請書及匯款單電子檔傳送檢疫組人員檢疫科。

非本國籍之阿米巴性痢疾個案治療藥物付費方式

一、領用與付費方式：

匯款繳納：匯入銀行：中央銀行國庫局(代號：000022)，帳號：05570503118001，戶名：衛生福利部疾病管制署供應費戶，備註：阿米巴性痢疾藥物。完成匯款後，請將「使用專案進口寄生蟲治療藥物申請書」及匯款收據一併傳真至本署所屬區管中心，承辦人以快捷郵件將專案進口治療藥品寄交醫療機構(依規定本署得免掣發收據，請匯款人妥善保管匯款收據)。

二、繳費金額：依每錠收費金額及實際領用數量計費，每錠收費金額詳本署阿米巴性痢疾藥品費最新公告。

三、跨行匯款申請書範例

98-05-51-16

※本匯款務必於 15:30 前交付儲匯櫃台辦妥。
 ※本單粗框內各欄位請確實填寫。
 ※匯款金額達3萬元以上者，匯款人(或匯款代理人)請出示身分證明文件以供確認身分。

郵政跨行匯款申請書

中華民國 年 月 日
 交匯時間： 時 分

匯款人自行填寫	解款行(受款行)	中央銀行國庫局分行					代號	000022					匯款額		第一聯：各局存查	
	收帳人	請由左方依序填寫帳號，多餘空格留右方										匯費				
	帳號	0	5	5	7	0	5	0	3	1	1	8	0	0		1
	戶名	衛生福利部疾病管制署供應費戶										合計				
	匯款金額	新台幣 仟 佰 元														
	匯款人姓名	Mary Wang					電話	(務必填寫，行動電話亦可) 02-23123456								
匯款人地址	縣市 區 街/路 巷 弄 號															
匯款人身分證編號	A100234567			備註	阿米巴性痢疾感染							儲匯壽險專用章				
匯款代理人姓名		身分證統一編號				電話										

※匯款人請勾選

如電腦故障或連線中斷或不可抗力因素致匯款滯留，匯款人同意貴局：

停止匯款，電話通知本人來局辦理。

待滯留原因消除後之當日或次日匯款。

印	機號	櫃員代號	匯款序號	匯款日期	收款人帳號
	匯款金額	解款行	交易序號	匯費	

中文登錄	匯款序號	解款行	匯款局電話號碼
	收款人戶名		

登錄員章及編號

主管確認	機號	主管代號	匯款序號	發送日期及時間
	收款人帳號	解款行	匯款金額	

授權主管章

沖銷更正印證：5849

確認主管章

200,000本(2x50份)98.09.210x182mm(45g/m²非碳紙)保管5年(伍泰)

專案進口寄生蟲治療藥物領用切結書

茲向衛生福利部疾病管制署所屬區管中心

領取專案進口寄生蟲治療藥品名稱_____，共_____錠，本人保證送交_____醫院 _____醫師，供其治療病患使用。

此致

衛生福利部疾病管制署_____區管制中心

立切結書人： _____

身分證字號(護照號碼)： _____

連絡電話： _____

中華民國 年 月 日

附件四

衛生福利部疾病管制署專案進口寄生蟲治療藥物副作用調查表

藥品名稱	劑量/劑型 (mg/tab)	病患姓名	使用數量 (tab)	ICD-10 編碼	實際使用 之適應症	申請醫院名稱	使用日期(yyy/mm/dd)		副作用(請勾選)		備註
							起日	迄日	有	無	
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		
									描述：		

領用瘧疾藥品同意書

Antimalarial Drug Consent Form

姓名 Name		身份證（護照）號碼 I.D. (Passport) No.		國籍 Nationality	
出生年月日 Date of Birth		職業 Occupation		電話號碼 Phone No.	
地址 Address					
到訪國家 Country of Destination					
出國目的 Purpose of Traveling abroad					
出國日期 起迄 Dates Abroad	自 From	(年/月/日) (yyy/mm/dd)	至 To	(年/月/日) (yyy/mm/dd)	

本人已了解服用瘧疾藥物可能引起之副作用及需服用的原因；若服藥後發生不適或緊急之情況，應立刻至醫院向醫師諮詢或接受醫院必要之治療。

I understand the reasons for taking antimalarials and am aware of the possible side effects. Should any discomfort or side effect results after taking antimalarials, I will immediately seek medical attention and proper treatment .

申請人簽章：_____

Signature of Applicant

申請日期：_____

Date of Application

用途 (purpose)	品 項 (drug) / 數 量 (number)
<input type="checkbox"/> 預防 chemoprophylaxis	<input type="checkbox"/> Malarone® _____ tab
<input type="checkbox"/> 治療 treatment	<input type="checkbox"/> Artesunate _____ amp <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine _____ tab <input type="checkbox"/> Primaquine _____ tab <input type="checkbox"/> Artequin® _____ box (artesunate 600mg+mefloquine 750mg)

若發現因使用藥物發生不良反應時，請立即通報全國藥物不良反應通報中心，以保障病人權益。本同意書請醫療院所自行保存或張貼於病歷。

醫院名稱：_____

Name of Hospital

醫師簽章：_____

Signature of Dr.

服用瘧疾藥品副作用調查表

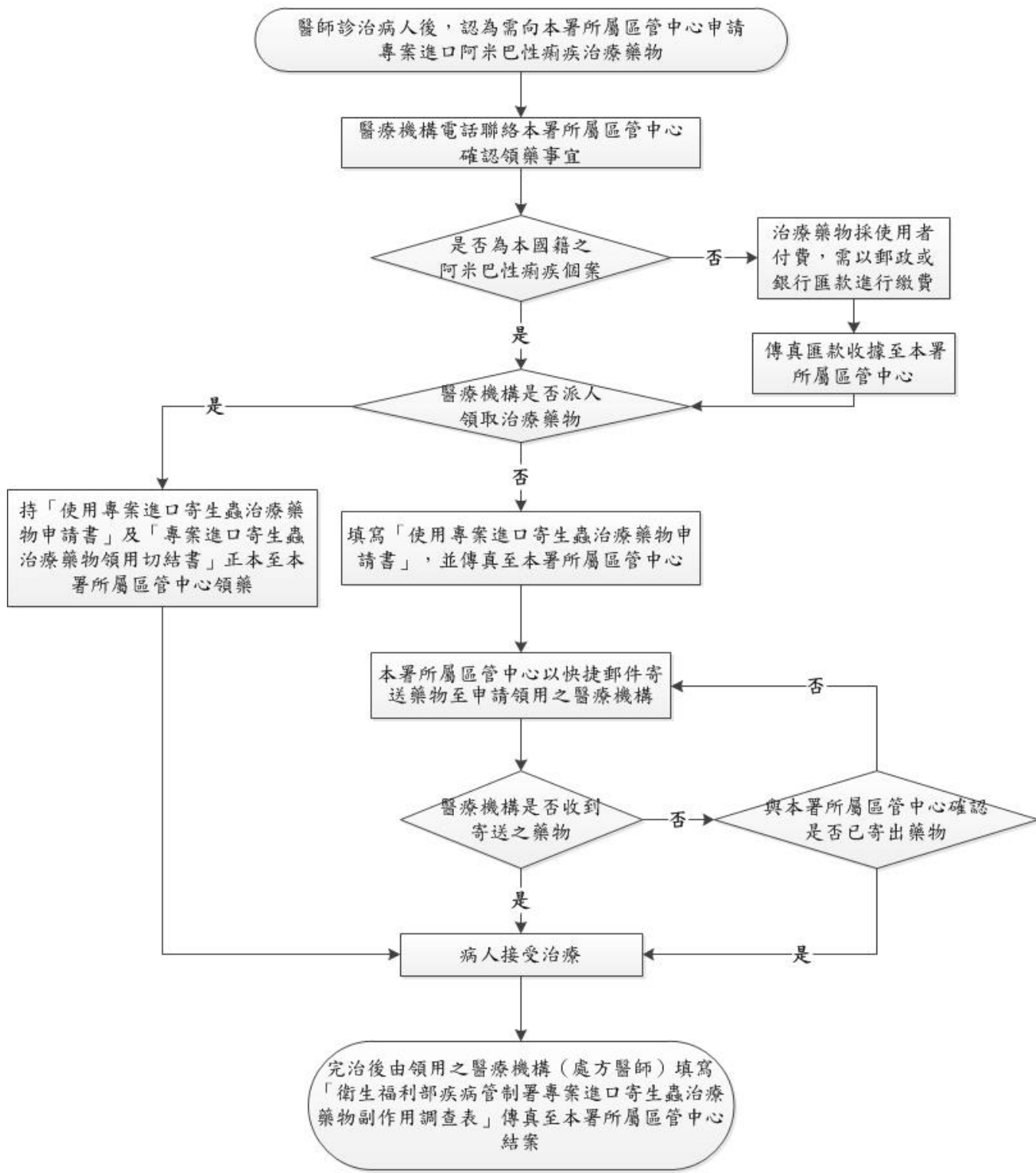
個案姓名：_____ 聯絡電話：_____

使用目的：預防；到訪國家_____ 治療_____ (P.f.、P.v.、P.o.、P.m.)

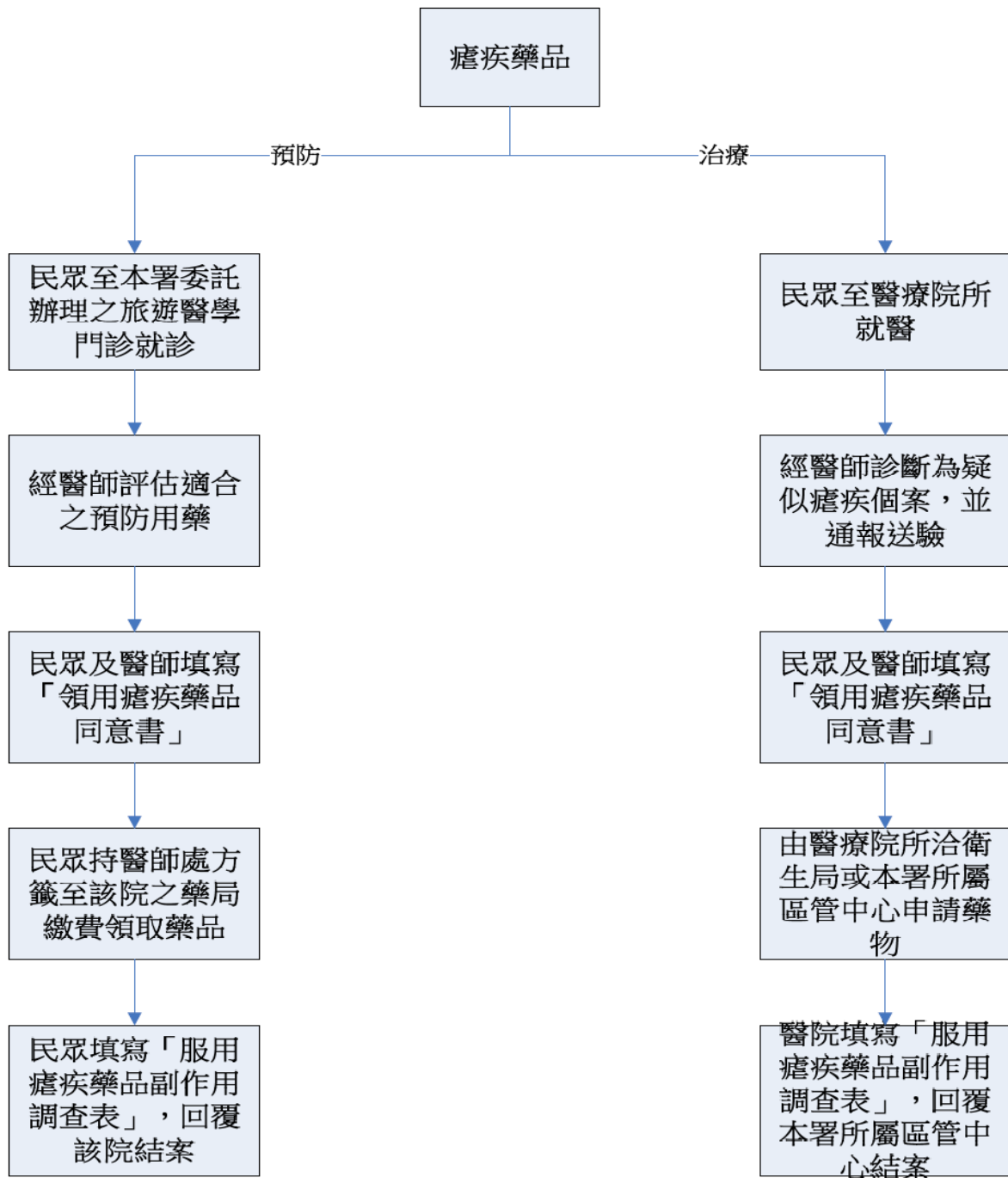
藥品名稱	使用日期	使用數量/用法	副作用	處理情形
<input type="checkbox"/> Hydroxy-chloroquine <input type="checkbox"/> Malarone® <input type="checkbox"/> Artequin®			<input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 食慾不振 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 停止服用 <input type="checkbox"/> 立即就醫 <input type="checkbox"/> 可忍受之副作用，繼續服完藥物 <input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> Primaquine			<input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 溶血 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 停止服用 <input type="checkbox"/> 立即就醫 <input type="checkbox"/> 可忍受之副作用，繼續服完藥物 <input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> Artesunate			<input type="checkbox"/> 過敏 <input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 停止服用 <input type="checkbox"/> 可忍受之副作用，繼續服完藥物 <input type="checkbox"/> 其他

若發現因使用藥物發生不良反應時，請立即通報全國藥物不良反應通報中心，以保障病人權益。

衛生福利部疾病管制署專案進口阿米巴性痢疾治療藥物領用流程



衛生福利部疾病管制署瘧疾治療或預防用藥領用流程



備註：「領用瘧疾藥品同意書」及「服用瘧疾藥品副作用調查表」，或其他瘧疾相關資訊，請自本署全球資訊網專業版/傳染病介紹/第二類法定傳染病/瘧疾中參考運用