|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案件編號： | | | | | 申請醫師： | | | |
| 申請類別：□恩慈療法 □專案進口 □健保事前審查專案給付 | | | | | | | | |
| 產品類型：□藥品 □醫療器材 □醫療技術 □放射性藥品 □細胞治療 | | | | | | | | |
| **產品(藥品/醫療器材/醫療技術)資訊** | | | | | | | | |
| 商品名/學名 | | |  | | | | | |
| 規格與劑型 | | |  | | | | | |
| 申請量 | | | (ex:每周/月/年藥品需求量與總申請量) | | | | | |
| 使用量 | | |  | | | | | |
| 申請期限 | | | 西元\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日至西元\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日 | | | | | |
| 製造/提供廠商及產地 | | |  | | | | | |
| 委託進口廠商 | | |  | | | | | |
| **病人資訊** | | | | | | | | |
| 重大/危及/罕見病名 | | |  | | | | | |
| 病人人數 | | | 共\_\_\_\_\_\_\_\_\_人 | | | | | |
| 收錄個案描述：治療結果代碼：A. 早期改善 B. 穩定未惡化 C.治療反應不佳 D. 死亡 E.未依計畫執行\*請詳述 F.拒絕治療 G. 其他\*請詳述。 | | | | | | | | |
| 編號 | **姓名** | **病歷號碼** | | **使用數量** | | **首次藥物使用日期** | | **治療結果代碼** |
| 1 |  |  | |  | | / / | |  |
| 2 |  |  | |  | | / / | |  |
| 3 |  |  | |  | | / / | |  |
| 4 |  |  | |  | | / / | |  |
| 5 |  |  | |  | | / / | |  |
| **治療結果分析(後續追蹤)** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **檢附資料清單** | | | | | | | **是否檢附(未檢附需說明)** | |
| 1.結案報告表 | | | | | | | **必檢附文件** | |
| 2.原核准之治療計畫書 | | | | | | | □是□否，請說明： | |
| 3.已簽名之病人同意書影本 | | | | | | | □是□否，請說明： | |
| 4.病人治療前後病歷摘要及/或臨床資料 | | | | | | | □是□否，請說明： | |
| 5.治療病人名冊  (若申請病人數超過2人以上(含2人)，需檢附) | | | | | | | □是□否，請說明： | |
| 6.本會之核准函 | | | | | | | □是□否，請說明： | |
| 7.中央主管機關之核准函 | | | | | | | □是□否，請說明： | |
| 8.發生嚴重不良事件之記錄(若有，請檢附通報資料) | | | | | | | □是□否，請說明： | |
| 申請人簽章： 日期：ˍˍˍ/ˍˍ/ˍˍ | | | | | | | | |

註：計畫主持人應於恩慈療法/專案進口/健保事前審查專案給付審查案應於核准執行期限屆滿後四週內向委員會提交完整之書面結案報告。

註：請以E-mail方式送審