

「藥品給付規定」修正規定

第10節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自105年2月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.8.3.Linezolid (如 Zyvox Injection 及 Tablets)：</p> <p>(91/4/1、100/7/1、<u>105/2/1</u>)</p> <p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1)證實 MRSA (methicillin-resistant staphylococcus aureus)感染，且證明為 vancomycin 抗藥菌株或使用 vancomycin、teicoplanin 治療失敗者或對 vancomycin、teicoplanin 治療無法耐受者。</p> <p><u>(2) 確定或高度懷疑為 MRSA 肺炎 (痰液培養出 MRSA，伴隨全身發炎反應，且 CXR 出現新的浸潤或痰液性狀改變或氧氣需求增加)，並符合下列危險因子之一：(105/2/1)</u></p> <p><u>I. 65歲以上。</u></p> <p><u>II. BMI ≥ 30。</u></p> <p><u>III. 急性腎衰竭、腎功能不穩定時。</u></p> <p>(3)證實為 VRE (vancomycin-resistant enterococci)感染，且無其他藥物可供選擇者。</p> <p>(4)其他抗藥性革蘭氏陽性球菌感染，因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者。</p> <p>2.~3. 略</p>	<p>10.8.3.Linezolid (如 Zyvox Injection 及 Tablets)：(91/4/1、100/7/1)</p> <p>1. 限下列條件之一使用：</p> <p>(1)證實為 MRSA(methicillin-resistant staphylococcus aureus)感染，且證明為 vancomycin 抗藥菌株或使用 vancomycin、teicoplanin 治療失敗者或對 vancomycin、teicoplanin 治療無法耐受者。</p> <p>(2)證實為 VRE (vancomycin-resistant enterococci)感染，且無其他藥物可供選擇者。</p> <p>(3)其他抗藥性革蘭氏陽性球菌感染，因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者。</p> <p>2.~3. 略</p>

備註：劃線部分為新修訂規定。