

「藥品給付規定」修訂對照表
第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents
(自 111 年 3 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>8.1.3. 高單位免疫球蛋白： 限符合下列適應症病患檢附病歷摘要 (註明診斷，相關檢查報告及數據， 體重、年齡、性別、病史、曾否使用 同一藥品及其療效…等)</p> <p>1. 靜脈注射劑： (1)~(8)(略) (9)慢性脫髓鞘多發性神經炎 (Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, CIDP) (限使用 Privigen、 Gamunex-C、Kiovig)： (108/2/1、108/10/1、109/4/1、 110/3/1、110/12/1、<u>111/3/1</u>) I. ~VII. (略)。 VIII. 2 歲以上至未滿 18 歲兒童限使用 Kiovig。(110/12/1、<u>111/3/1</u>)</p> <p>2. 皮下注射劑：(略)</p>	<p>8.1.3. 高單位免疫球蛋白： 限符合下列適應症病患檢附病歷摘要 (註明診斷，相關檢查報告及數據， 體重、年齡、性別、病史、曾 否使用同一藥品及其療效…等)</p> <p>1. 靜脈注射劑： (1)~(8)(略) (9)慢性脫髓鞘多發性神經炎 (Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, CIDP) (限使用 Privigen、 Gamunex-C、Kiovig)： (108/2/1、108/10/1、109/4/1、 110/3/1、110/12/1) I. ~VII. (略)。 VIII. 2 歲以上至 18 歲以下兒童限使用 Kiovig。(110/12/1)</p> <p>2. 皮下注射劑：(略)</p>

備註：劃線部分為新修訂規定