

口服抗病毒藥物領用切結書

茲向_____醫院/衛生局/區管制中心(藥物存放地點)領取

☐ Paxlovid _____人份 (病人名單如附件)

☐ Molnupiravir _____人份 (病人名單如附件)

本人保證送交_____醫院_____醫師，供其治療病人使用。

此致

_____醫院/衛生局/區管制中心(藥物存放地點)

立切結書人：

身分證字號(護照號碼)：

連絡電話：

領用單位簽章：

中華民國_____年_____月_____日

注意事項：

1. 請醫師於開立處方箋後登錄健保卡，並於24小時內比照現行處方藥品資料上傳方式將健保卡就醫資料上傳（Paxlovid 之藥品項目代碼為「XCOVID0001」、Molnupiravir 藥品項目代碼為「XCOVID0002」）。
2. 請申領藥品之院所需事先聯絡存放藥品醫院，確認該院存有藥品及申領方式後，前往領用。領取後，再與病人或領藥者約定提供方式，將藥物提供病人進行治療。
3. 請存放藥物機構應將使用回報、申領機構名稱等資訊登錄於「智慧防疫物資管理資訊系統（SMIS）」，領用切結書與領用病人名單正本建議保存至少2年備查。

口服抗病毒藥物領用名單

領用單位：_____ (簽章)

領用藥物：

☐ Paxlovid

☐ Molnupiravir

請填列領用原因：

(A) 重度腎功能不全(eGFR<30mL/min)及血液透析者。

(B) 重度肝功能不全(Child-Pugh C 級)。

(C) 既有疾病之治療藥物與 Paxlovid 具嚴重交互作用，停藥或換藥具有造成疾病惡化風險者。

(D) 其他(請敘明無法開立 Paxlovid 之理由)

病人名單：

序 號	病人姓名	性別	出生年月日	身分證字號 /護照號碼/ 統一證號	Molnupiravir 請填列領用原因

(表格如不敷使用可自行增列)