

# 罕見疾病特殊營養食品申請暨借用單

【本補助案經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應】

申請/借用原由：院內無庫存 借用 申請 申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

個案姓名：	出生日期：	身分證字號： (一定要填或填母親 ID)	
戶籍地址：			
聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同上			
聯絡電話：日( ) 夜( )		手機號碼：	
疾病診斷：			
已 確 認 項 目 現 況 評 估	症狀	<input type="checkbox"/> 尿液及身上異味、 <input type="checkbox"/> 抽搐/癲癇、 <input type="checkbox"/> 昏睡昏迷/嗜睡、 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	理學檢查	<input type="checkbox"/> 肌張力、 <input type="checkbox"/> 黃疸及肝脾腫大、 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	實驗數據	<input type="checkbox"/> 有機酸/胺基酸、 <input type="checkbox"/> 長/中鏈醯輔酶 A 去氫酶、 <input type="checkbox"/> 血氨、 <input type="checkbox"/> 酪氨酸 <input type="checkbox"/> 苯丙胺酸、 <input type="checkbox"/> 高胱胺酸、 <input type="checkbox"/> 丙醯基輔 A 羧化酵素 <input type="checkbox"/> 甘胺酸、 <input type="checkbox"/> 酮酸、 <input type="checkbox"/> 乳酸堆積、 <input type="checkbox"/> 其他_____	
特殊營養品品項：		規格：	廠牌(廠商)：
治療方法及 攝取量：	每日攝取量：_____ 預估量：_____ 罐/月；_____ 罐/年		
	下季配送前之銜接量：_____ 罐		本次申請量：_____ 罐
<b>借用聲明：</b> 病人疑似罹患上述公告罕病，雖然尚未確診，但為病人緊急需用上述特殊營養品，茲由本院向國民健康署借用上述特殊營養品，惟該特殊營養品使用結果由本院及申請醫師，負相關醫療責任。緊急可先傳真罕見疾病特殊營養食品申請暨借用單、個案報告單及同意書，並於 1 週內完成借用手續。 本院所借用之上述特殊營養品，如日後確診為上述公告罕病，可免歸還特殊營養品；若經確診非上述公告罕病，則請申請醫師檢送相關申請理由、確診報告、病摘等說明資料函送國民健康署，如審查專屬「通過」則免歸還；如審查「不通過」，則歸還剩餘之特殊營養品。 未盡事宜，依民國 101 年 10 月 5 日行政院衛生署「罕見疾病及藥物審議委員會」第 29 次會議，相關決議事項辦理。			
申請/ 借用單位		申請/借用 醫師	(醫師親簽或醫師章)
聯絡電話及方式：			
運送地址(請詳述)：			
請檢附：1、罕見疾病個案報告單；2、個案使用同意書；3、個案病歷摘要(或治療計劃書)；4、治療方法參考文獻(檢附摘要 1-2 頁)；連同此申請/借用單，函寄中國醫藥大學附設醫院罕見疾病中心 廖俊明收 地址：40458 台中市北區柳川東路四段 115 號 電話：04-22052121 轉 4832 FAX：04-22086971 Mail：a22573@mail.cmuh.org.tw cmuh.log@msa.hinet.net			