**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： | | |
| 戶籍地址： | | | | | | | | | |
| 聯絡地址：■ 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 | | □尿液及身上異味、□抽搐/癲癇、□昏睡昏迷/嗜睡、□其他\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 理學檢查 | | □肌張力、□黃疸及肝脾腫大、□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 實驗數據 | | □有機酸/胺基酸、□長/中鏈醯輔酶A去氫酶、□血氨、□酪氨酸  □苯丙胺酸、□高胱胺酸、□丙醯基輔A羧化酵素  □甘胺酸、□酮酸、□乳酸堆積、□其他 基因報告 | | | | | | |
| 特殊營養品品項： | | | | | | 規格： / 罐 | | | 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 |
| **借用聲明：**  **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，如審查事屬「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、個案使用同意書**；**2、個案病歷摘要（或治療計劃書）；3、治療方法參考文獻（視需要檢附）**；

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 收

地址：40458 台中市北區柳川東路四段115號1樓 電話：04-22070995 FAX：04-22086971

Mail：cmuh.log@tool.caaumed.org.tw

罕見疾病特殊營養品個案同意書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特殊營養食品名稱： | | | | 規格： g / 罐 | | | 廠牌(廠商)： | |
| 使用單位： | | | | | 電話： 分機 | | | |
| 使用醫師： | | | | | | | | |
| 個案姓名： | | 性別： | | | 生日： | | | 電話： |
| 病歷號碼： | | 身分證字號： | | | | | |  |
| 1. 治療目的： | | | | | | | | |
| (二) 治療方法：（攝取量） | | | | | | | | |
| (攝取量) g / 天 | | | | | | | | |
| (三) 其他可能的治療方法及說明： | | | | | | | | |
| (四) 可能導致之副作用與危險： | | | | | | | | |
| (五) 預期治療效果： | | | | | | | | |
| (六)個案應配合事項：  1、同意接受罕見疾病特殊營養食品『後續關懷』服務，如:電訪或家訪。  2、遵照醫師或營養師進行飲食控制，依醫囑食用特殊營養食品，並定期回診及追蹤。 | | | | | | | | |
| (七) 本人已詳閱以上各項資料，有關本營養品之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本營養食品。  申請醫師簽名：  （醫師親簽或醫師章）  使用個案 (或法定代理人)簽名： | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | 日期： | | |
| **註：上表一~五項由申請醫師詳細填寫，一~六項必須向個案(或法定代理人)詳細說明。** | | | | | | | | |

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