

「藥品給付規定」修訂規定  
第8節免疫製劑 Immunologic agents  
(自107年7月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、99/10/1、100/5/1、 100/10/1、101/9/1、102/10/1、 <u>107/7/1</u>)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif) <u>teriflunomide 14mg</u> (如 <u>Aubagio</u>) : (91/4/1、97/8/1、 100/10/1、<u>107/7/1</u>)</p> <p>1、限用於復發型多發性硬化症。</p> <p>2、<u>初次使用時需經事前審查核准 後使用。</u></p> <p>3、不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1)</p> <p>1. 有視神經及脊髓發作。</p> <p>2. 出現下列2種以上症狀：</p> <p style="margin-left: 20px;">I 脊髓侵犯大於3節。</p> <p style="margin-left: 20px;">II NMO-IgG or Aquaporin-4抗 體陽性。</p> <p style="margin-left: 20px;">III 腦部磁振造影不符合多發性 硬化症診斷標準。</p>	<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、99/10/1、100/5/1、 100/10/1、101/9/1、102/10/1)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif <u>Micrograms</u>) : (91/4/1、 97/8/1、100/10/1)</p> <p>1、限用於復發型多發性硬化症。</p> <p>2、不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1)</p> <p style="margin-left: 20px;">1. 有視神經及脊髓發作。</p> <p style="margin-left: 20px;">2. 出現下列2種以上症 狀：</p> <p style="margin-left: 20px;">I 脊髓侵犯大於3節。</p> <p style="margin-left: 20px;">II NMO-IgG or Aquaporin-4抗 體陽性。</p> <p style="margin-left: 20px;">III 腦部磁振造影不符合多發性 硬化症診斷標準。</p>

備註：劃線部分為新修訂規定