

臺南市立安南醫院(TMANH)

「美敦力 英泰克愛德米羅周邊塗藥氣球導管」自付差額同意書

_____ 係全民健康保險保險對象，因醫療需要經貴院醫師詳細說明並充分瞭解後，自願使用較昂貴且未全部納入全民健康保險給付範圍之特殊材料。

I. 自費品項及費用

品項代碼	項目名稱	許可證字號	替代健保品項	應付金額(A)	健保支付價(B)	自補差額 C=A-B	數量(D)	保險對象負擔費用 E=C*D
CBC04APDCBM4	"美敦力"愛德米羅紫杉醇塗藥周邊球囊導管 "MEDTRONIC" IN. PAC T ADMIRAL PACLITAXEL-COATED PTA BALLOON CATHETER --1809608	衛部醫器輸字第024523號	無	76,000元	28,773元	47,227元		

II. 說明

- 一、 依據全民健康保險法第51條第12款：「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品之費用，不在本保險給付範圍」之規定辦理。
- 二、 本院實施治療時，應善盡醫療上必要之注意。
- 三、 使用之後，若因本身狀況變化或其他不可抗拒因素，且無法歸責於醫院而必須中止療程時，本人同意支付費用。
- 四、 另若檢查後確認未執行本項處置或未使用本項材料，則本同意書自動作廢。

此致臺南市立安南醫院

立同意書人簽名：

關係：

住址：

電話：

見證人簽名：

中 華 民 國 年 月 日 時 分

臺南市立安南醫院 (TMANH)

「美敦力 英泰克愛德米羅周邊塗藥氣球導管」自付差額說明書

這份說明書是說明有關您即將接受的自費或自費差額項目的相關內容，可做為您與醫師討論的補充資料，麻煩您仔細閱讀，如果您有任何疑問，請務必再與您的醫師討論，醫師很樂意再次為您說明，讓我們一起為您的健康努力。

自費(差額)特材名稱：

美敦力 英泰克愛德米羅周邊塗藥氣球導管

自費(差額)特材金額：

金額詳見如下

項目名稱	應付金額 (A)	健保支付價 (B)	自補差額 C=A-B
"美敦力"愛德米羅紫杉醇塗藥周邊球囊導管 "MEDTRONIC" IN. PACT ADMIRAL PACLITAXEL-COATED PTA BALLOON CATHETER	76,000 元	28,773 元	47,227 元

產品特性、使用原因及適應症：

本產品的球囊上塗有 FreePac 藥物塗層，含有紫杉醇及賦形劑尿素。球囊導管由經皮腔內血管成形術物理性擴張血管，而藥物塗層則用於降低導致再狹窄的增生反應。紫杉醇用於穩定微管以降低細胞增生。

應注意事項：

在放入擴張導管前，應按照經皮腔內血管成形術的標準治療程序給予患者適當的藥物治療。為使空氣進入減至最少，請抽吸並沖洗系統，並於全程手術保持導管緊密連接。應於治療前確認病患是否會對於顯影劑、抗血小板治療、球囊導管和 FreePac 塗層有過敏反應等。

可能副作用：

急性血管閉塞/血栓形成。進入部位疼痛、血腫、出血/和局部感染。對顯影劑、抗血小板治療或導管系統組件的過敏反應。心律不整。球囊破裂。死亡。動脈剝離、穿孔或破裂。心內膜炎。熱源反應。敗血症/感染等。

醫師(或醫事專業人員)簽名：_____ 說明日期：民國_____年_____月_____日

病人或家屬簽名：_____

臺南市立安南醫院心臟外科週邊血管導管室 敬啟