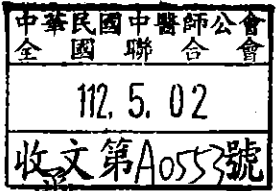


副本

檔號：  
保存年限：



## 嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心

機關地址：10050台北市中正區林森南路6號  
承辦人：衛福部中醫藥司涂小姐  
電話：02-85907279

220

新北市板橋區民生路1段33號11之2

受文者：中華民國中醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年4月28日

發文字號：肺中指字第1123800127號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二、三、四

主旨：有關COVID-19治療用公費「臺灣清冠一號」使用情形查核及管理方式，請貴局轉知及督導所轄醫療機構依說明段配合辦理，請查照。

說明：

- 一、為使感染新冠肺炎(COVID-19)患者獲得妥善之中、西醫療照護，衛生福利部(下稱衛福部)辦理提供公費補助「臺灣清冠一號」藥品，訂定「公費COVID-19治療用臺灣清冠一號申請補助方案」(下稱補助方案)，中醫醫療機構須符合該方案適用條件、療程天數與使用劑量等規定，始得申報公費補助。
- 二、為確實掌握公費「臺灣清冠一號」藥品使用情形，避免公費資源浮濫使用，請貴局規劃辦理實地/書面/自主查核，確認轄區中醫醫療機構之公費藥品開立使用狀況，包括處方箋載明事項(劑量、數量、用法等)、開立藥品是否符合標準劑量規定、病歷是否有註明COVID-19檢驗陽性結果及適應症等情形(查核表如附件1)。
- 三、本項查核得併貴局相關督導考核或聯合稽查業務辦理，並於補助方案結束(預計為112年6月30日)後3個月內函復查核結果(查核結果表如附件2)。經查得醫療機構如有重大故意違失，本部得追扣藥品補助費用；如涉有違反

相關法令規定者，由相關單位依權管法令予以裁處。

- 四、另貴局倘有於疫情期間接獲民眾舉發或陳情案件，建議納入優先查核對象；檢送衛福部接獲陳情案件相關醫療院所名單（如附件3）及申報補助費用醫療院所全部名單（附件4）供參。

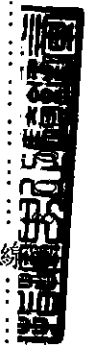
正本：地方政府衛生局

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會(含附件)

裝

指揮官 **王必勝**

訂



## COVID-19治療用公費「臺灣清冠一號」查核表

稽查單位：\_\_\_\_\_縣(市)衛生局 稽查日期： 年 月 日  
 醫事機構代碼：\_\_\_\_\_ 受查單位名稱：\_\_\_\_\_

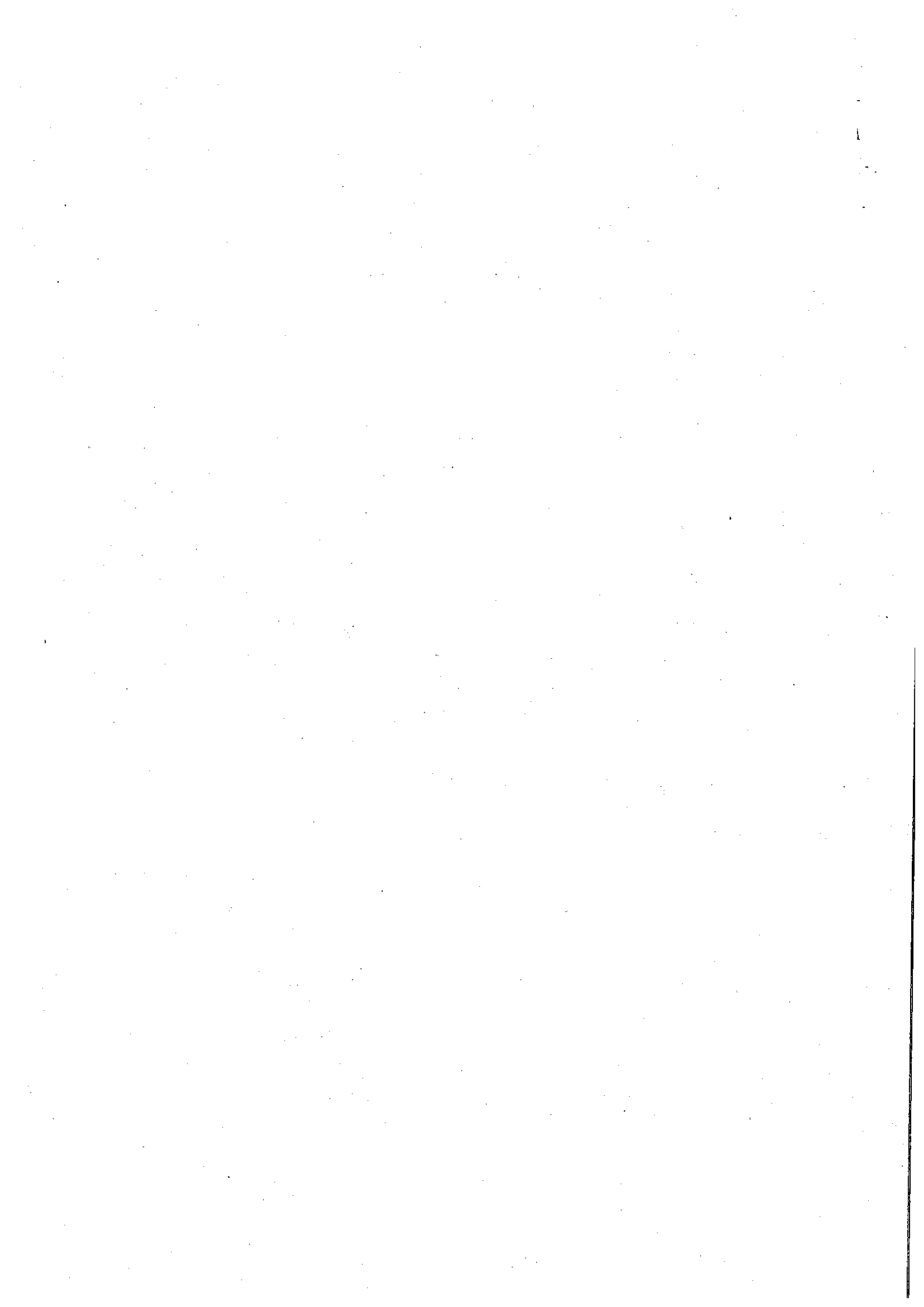
| 查核項目                                 | 查核結果   | 不合格項目複查日期及改善情形 |
|--------------------------------------|--|----------------|
| 處方箋載明病人姓名、年齡、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日(註1) | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否   |                |
| 公費藥品開立劑量符合公費補助方案(註2)                 | 符合標準劑量 <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否(請續填下列)<br>1. 111/9/15前病歷記載調整劑量原因 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>2. 111/9/15後僅得開立成人標準劑量 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                |
| 妥善留存公費「臺灣清冠一號」治療同意書或於病歷註記            | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否   |                |
| 病歷有註明COVID-19檢驗陽性結果及適應症(重症風險因子)(註3)  | <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 不適用   |                |
| 其他不符合項目：                             |  |                |

註：

1. 依據醫師法第13條第2款。
2. 依據111年9月8日肺中指字第1113800405號函頒方案，修訂補助方案第三點之成人標準劑量。
3. 依據112年3月20日起實施「COVID-19輕症免通報免隔離」新制。

查核人員簽名：\_\_\_\_\_ 受查核單位代表簽名：\_\_\_\_\_

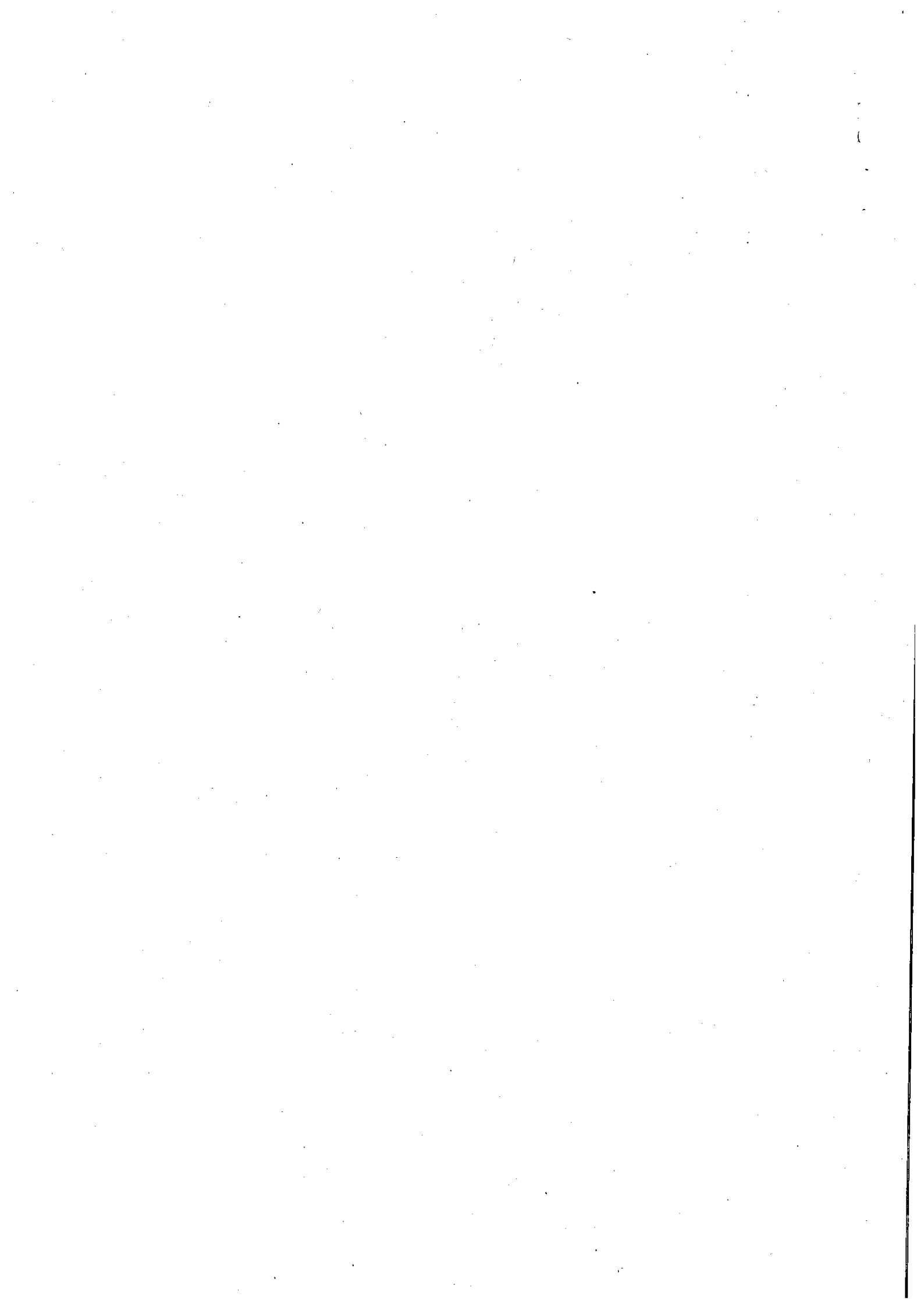
主管機關核章：



### COVID-19治療用公費「臺灣清冠一號」查核結果表

| 縣市別 | 查核院所數 | 合格院所數 | 複查院所數 |        |
|-----|-------|-------|-------|--------|
|     |       |       | 符合院所數 | 不符合院所數 |
|     |       |       |       |        |

※查得不符合規定之醫療院所請續填列清冊。



### COVID-19治療用公費「臺灣清冠一號」查核結果不符合清冊

| No.  | 區域  | 縣市別 | 機構類型 | 醫事機構代碼     | 機構名稱  | 不符合項目       |             |             |
|------|-----|-----|------|------------|-------|-------------|-------------|-------------|
|      |     |     |      |            |       | 開立劑量不符<br>合 | 無同意書或註<br>記 | 無註明檢驗陽<br>性 |
| (範例) | ○○區 | ○○市 | 醫院   | 1234567890 | ○○○醫院 |             |             |             |
| (範例) | ○區  | ○○市 | 診所   | 3500012345 | ○○○診所 |             |             |             |
|      |     |     |      |            |       |             |             |             |
|      |     |     |      |            |       |             |             |             |
|      |     |     |      |            |       |             |             |             |
|      |     |     |      |            |       |             |             |             |

(如欄位不足，請自行增列)

| 無註明適應症 | 其他違反醫師<br>法或醫療法規<br>定<br>(請說明) |
|--------|--------------------------------|
|        |                                |
|        |                                |
|        |                                |
|        |                                |
|        |                                |
|        |                                |