

14.1. 高眼壓及青光眼眼用製劑(101/12/1、102/8/1、104/4/1、106/2/1、110/5/1、111/7/1、114/6/1)

1. 本類藥物療程劑量如下：(106/2/1、111/7/1)

(1) 多次使用包裝(規格量 \geq 2.5mL):

I. 規格量 \leq 3mL：一天點一次者(如 Mikelan、Xalatan、Travatan、Lumigan、Taflotan、Eybelis 等)，單眼每4週處方為1瓶；雙眼得每3週處方1瓶，3個月處方4瓶。(101/12/1、102/8/1、104/4/1、111/7/1)

II. 規格量 \geq 5mL：

i. 一天點一次者(如 Vyzulta)，單眼每8週處方為1瓶；雙眼得每6週處方為1瓶，3個月處方2瓶。(110/5/1、111/7/1)

ii. 一天點兩次者(如 Timolol、Cosopt、Combigan 等)，單眼每4週處方為1瓶。雙眼得每3週處方1瓶，3個月處方4瓶。(111/7/1)

iii. 一天點三次者(如 Alphagan P)，單眼每4週處方為1瓶，雙眼得每2週或3週處方1瓶，3個月內總用量最高6瓶。(114/6/1)

(2) 單次使用包裝(不含防腐劑)，單眼或雙眼每4週限處方支數如下(106/2/1)：

I. 每日使用1次者，限30支(含)以下。

II. 每日使用2次者，限60支(含)以下。

III. 每日使用3次者，限90(含)支以下。

IV. 每日使用4次者，限120(含)支以下。

(3) 治療時，不得併用其他同類藥品。另 Omidenepag(如 Eybelis)不得併用前列腺素衍生物類。(111/7/1)

2. 限眼科醫師開立本類藥品慢性病連續處方箋，且應檢附當次眼壓數據。(114/6/1)

3. 非眼科醫師限開立1個月本類藥品，並指導病人應量眼壓，且至少3個月內須會診眼科量眼壓(眼壓限眼科專科醫師申報)，及定期追蹤視神經及視野。(114/6/1)

4. 全民健保公告之醫療資源缺乏地區及山地離島地區之就醫病人，倘符合「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，由當地醫師與眼科醫師透過視訊方式共同診察，經評估診斷符合規定開立處方，並檢附相關眼壓數據資料，亦得由當地醫師開立本類藥品慢性病連續處方箋。

(114/6/1)