

自費裝置冠狀動脈血管支架申請書

病人_____ (病歷號碼_____)，性別____， ____年__月__日
生，於__年__月__日於貴院就診，雖經醫師認定不符全民健保之
血管支架適應症範圍 (詳見背頁說明)，但申請人仍要求使用「冠
狀動脈血管支架」，並自行負擔相關費用。

此致
財團法人長庚紀念醫院

申請人：

簽章

身分證編號：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住址：

電話： ()

關係：病人之

中 華 民 國 年 月 日

附註：一、申請人需由病人親自簽具；但病人如為未成年人或不能親自簽具者，得由醫療
法第六十四條第二項規定之人員簽具。(民法規定：年滿 20 歲為成年人)
二、申請人非病人本人者，應填載與病人之關係。
三、申請人請務必詳閱背後說明，如有任何疑問或須更進一步瞭解，請於簽具本申
請書前，詳細詢問相關醫師。

全民健保之血管支架適應症範圍^註

一、適應症範圍：

(一) 於執行心導管氣球擴張術時(或術後二十四小時內)冠狀血管產生急性阻塞 (ACUTE CLOSURE) 或瀕臨急性阻塞狀況者 (THREATENED CLOSURE)，後者之診斷要件為需具有下列三個標準之一者：

- 1.內膜剝離長度大於十五毫米以上。
- 2.對比劑在血管外顯影，嚴重度在 Type B(含)以上。
- 3.冠狀動脈病灶血流等級在 TIMI2(含)或以下者。

(二) 原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑 ≥ 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之四十以上者。

(三) 經皮冠狀動脈擴張術後，原病灶再發狹窄大於百分之五十之病灶。

(四) 冠狀動脈繞道手術(CABG)後，繞道血管發生百分之七十以上之狹窄病灶。

(五) 特異病灶—

- 1.開口處(ostial)病灶『參照【註】』且血管內徑 ≥ 2.75 毫米，狹窄 $\geq 70\%$ 。
- 2.慢性完全阻塞(二個月(含)以上)。
- 3.AMI 12 小時(含)以內經氣球擴張術(經一比一之氣球與血管內徑比之氣球以建議壓力擴張)以後，殘餘狹窄 $\geq 40\%$ 。

【註】開口處病灶(Ostial lesions)指左前降枝(LAD)，左迴旋枝(LCX)、右冠狀動脈(RCA)開口處。

(六) 心臟移植術後，其植入之心臟冠狀動脈原發性病灶(DE NOVO LESION)血管內徑 ≥ 2.5 毫米，且經一比一之氣球與血管內徑比之氣球正常建議壓力擴張後，殘餘狹窄經測量仍大於百分之三十以上者。

二、使用量：每一病人每年給付三個血管支架為限，但內膜剝離長度大於 50 毫米之情況除外。

註：節錄自全民健康保險支付標準，下冊，第八部第二章特材品名適應症及使用規範，中央健保局，93/4/1。 http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_file/chi63-05.doc