

床號：  
病歷號：  
姓名：



## 仁愛醫院自費醫材說明書暨同意書

病患於本院就醫期間因醫療需要，經醫師或醫療團隊說明，建議考慮使用本醫材。本人已經充分瞭解使用本項自費醫材的需要性、好處、風險，及如不選擇使用本自費醫材的替代治療方法。

自費使用原因：不符合全民健康保險適應症  
需使用全民健康保險部分給付特殊材料  
雖有健保給付項目，因病情需要使用其他自費項目

特材名稱："捷邁"普洛斯去礦化骨填充物-骨泥1.0cc  
"Zimmer" Puros Demineralized Bone Matrix(DBM)-Putty 1.0cc  
院內衛材代碼：D20032  
品項代碼：FBZ028701001  
許可證字號：衛部醫器輸字第 028701 號



使用數量：  
自費金額：\$26000  
自費總金額：

產品特性：  
不影響骨性結構或穩定性之骨缺損或空隙的骨填補物。

使用原因：  
1. DBM：具有誘導成骨的潛能，較健保品項更加容易吸收及促進骨生長  
2. RPM：黏性較強、具疏水性不易被沖洗掉

應注意事項及副作用：  
過度填入移植部位應予避免，用以達成傷處無張力的密合。

健保給付品項療效比較說明書：  
比健保品項更加容易吸收及促進骨生長；且黏著性較高。

備註：

- 全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範六、交付自費品項費用及產品特性、使用原因(含不符健保給付規定之原因)、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效比較說明書予保險對象或家屬。
- 依據全民健保醫療辦法第 20 條：「保險醫事服務機構診療保險對象，有本法第三十五條應自行負擔之住院費用第三十九條或四十一條規定不給付項目或情形者，應事先告知保險對象」規定辦理。

同意人：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

醫師：\_\_\_\_\_ 中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日