

醫德安再生科技股份有限公司

DEH CELL Medicine Technology Co., Ltd.

沛莫關節腔注射劑安全監視計畫書

PACEMOV Intra-articular Injection
Safety Surveillance Plan

文件編號：SSP-001

計畫日期：2022/12/29

版本：v01

1. 一般資訊

1.1 計畫編號：SSP-001

1.2 計畫書之版本與日期：

版本 v01 計畫日期 2022/12/29

1.3 歷次修訂摘要：見修訂頁

2. 產品基本資訊

2.1 許可證字號：衛部醫器製字第 007513 號

2.2 中文品名：沛莫關節腔注射劑

2.3 英文品名：PACEMOV Intra-articular Injection

2.4 產品型號：NA

2.5 製造業者名稱：靚德生醫科技股份有限公司

2.6 製造業者所在國家：台灣

2.7 許可證所有人：醫德安再生科技股份有限公司

3. 計畫資訊

3.1 安全監視背景

為追蹤病患接受本產品治療之安全性，本計畫將收集本產品於臨床使用情況，以進行上市後安全監視。

3.2 安全監視目的

為符合“醫療器材安全監視管理辦法”之規定，建立本產品安全監視計畫。本計畫目的為建立適當之系統來蒐集、調查、統計及分析本產品之銷售及推估使用人數、不良事件之項目與發生數，及有關其使用之文獻或相關佐證資料，並依據所收集的資訊來鑑別與分析是否有未鑑別出之潛在風險，以確保本產品之安全性。

3.3 安全監視期間(全程以及各期資料收集起訖日期)

自本產品許可證發證日起三年，許可證持有者每半年填寫「附件二：定期安全性報告」，於該截止日後三十日內至中央主管機關指定之網路系統登載定期安全性報告；於安全監視期間屆滿後六十日內填寫「附件三：安全性總結報告」，並至中央主管機關指定之網路系統登載總結報告。

3.4 安全監視或研究對象(如有納入或排除條件請敘明)

用於保守性非藥物治療無效及一般鎮痛劑如 Acetaminophen 治療無效之退化性膝關節炎疼痛患者。

本產品不適用對象：

- 關節部位感染或嚴重發炎之患者。
- 注射部位附近皮膚罹患疾病或感染之患者。
- 對產品成分過敏者。

3.5 評估指標(相關事件定義與事件後續應對措施)

3.5.1 本產品於中文說明書所刊載預期之不良反應

- A 注射處疼痛、腫脹：注射本產品後可能於注射處關節產生短暫的疼痛及腫脹，醫師可給予適當治療。
- B 過敏：注射本產品後可能在注射處局部皮膚有過敏現象，醫師應注意生物製劑可能產品之潛在風險並給予適當治療。
- C 發炎：本產品禁止使用於注射處附近皮膚罹患疾病或感染之患者。注射本產品後可能因個體情況差異而有發炎現象，醫師可給予適當治療。

3.5.2 本產品於臨床使用上出現“醫療器材嚴重不良事件通報辦法”所規定之嚴重不良事件

- A 死亡
- B 危及生命
- C 永久性殘疾
- D 胎嬰兒先天性畸形
- E 需住院或延長住院
- F 其他可能導致永久性傷害之併發症

當醫療器材許可證持有者或登錄者及醫事機構，發現國內醫療器材發生嚴重不良事件時，應填具「附件四：醫療器材嚴重不良事件通報表」，並至中央主管機關指定之網路系統，將事件資料通報至中央主管機關或其委託之機構、法人或團體。

3.6 評估指標與計畫目的之關聯性

評估指標為本產品於中文說明書上所刊載預期之不良反應、未刊載之不良反應及“醫療器材嚴重不良事件通報辦法”規定之嚴重不良事件，依據收集資訊進行分析評估產品上市後潛在風險，以確保本產品之安全性。

3.7 執行方式(資料評估、紀錄、分析、統計之方法與時間點，如包括產品使用後追蹤描述、請一併敘明追蹤期間、追蹤期程及其評估描述)

3.7.1 醫師於術後發現不良反應，填具「附件一：個案病例報告表」，以供醫療器材商進行術後追蹤。

3.7.2 自本產品許可證發證日起每半年進行本產品銷售數量、推估使用人數(或次數)、不良事件通報、客戶申訴之統計，每半年透過如美國 MAUDE 資料庫進行國內外類似產品之不良事件資料收集，進行數據統計及確認是否有未知危害，進而可能影響本產品之安全

性。

4. 附表/附錄

4.1 附件一：個案病例報告表

4.2 附件二：定期安全性報告

4.3 附件三：安全性總結報告

4.4 附件四：醫療器材嚴重不良事件通報表

制訂者/日期：

品保主管/日期：

管理代表/日期：

總經理/日期：

個案病例報告表

一、產品基本資料					
中文品名：		沛莫關節腔注射劑			
英文品名：		PACEMOV Intra-articular Injection			
許可證字號：		衛部醫器製字第 007513 號			
製造業者：		靚德生醫科技股份有限公司			
製造業者地址：		台中市大雅區科雅路 27 號 2 樓			
製造業者所在國家：		台灣			
許可證持有醫療器材商：		醫德安再生科技股份有限公司			
型號：		NA			
二、使用產品資訊					
批號：					
有效日期：					
三、臨床使用紀錄					
醫事機構：		執行醫師：		執行日期： (西元年/月/日)	
患者性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		患者年齡：		注射部位：	
四、使用本產品後相關不良反應					
不良反應項目	請勾選	發生日期	情形	處置方式	備註
注射處疼痛、腫脹					
過敏					
發炎					
死亡					
危及生命					
永久性殘疾					
胎嬰兒先天性畸形					
需住院或延長住院					
其他可能導致永久性傷害之併發症					
*其他未刊載於中文說明書之不良事件，請在下方敘述					

*如發生未刊載於中文說明書之不良事件，則另執行案例分析。

五、後續追蹤紀錄

追蹤情形

定期追蹤： 有 無(若無請於下方敘明原因)：

追蹤間隔時間：_____ 週/月(請圈選)

追蹤期間異常發現

(a) 日期：
異常情形(包括併發症，請詳細描述)：

(b) 日期：
異常情形(包括併發症，請詳細描述)：

(c) 日期：
異常情形(包括併發症，請詳細描述)：

(d) 日期：
異常情形(包括併發症，請詳細描述)：

醫療器材定期安全性報告

一. 醫療器材產品資料

- (一) 許可證字號：衛部醫器製字第 007513 號
- (二) 中文品名：沛莫關節腔注射劑
- (三) 英文品名：PACEMOV Intra-articular Injection
- (四) 型號：NA
- (五) 製造業者名稱：靚德生醫科技股份有限公司
- (六) 製造業者所在國家：台灣
- (七) 許可證所有人：醫德安再生科技股份有限公司

二. 安全監視期間（第一期監視起始日不得遲於登錄、發證或公告日，並以每半年為一期）

全程監視期： 年 月 日～ 年 月 日

第一期資料起訖： 年 月 日～ 年 月 日	繳交期限： 年 月 日
第二期資料起訖： 年 月 日～ 年 月 日	繳交期限： 年 月 日
第三期資料起訖： 年 月 日～ 年 月 日	繳交期限： 年 月 日
第四期資料起訖： 年 月 日～ 年 月 日	繳交期限： 年 月 日
第五期資料起訖： 年 月 日～ 年 月 日	繳交期限： 年 月 日
第六期資料起訖： 年 月 日～ 年 月 日	繳交期限： 年 月 日

*若不敷使用請自行增加欄位

三. 資料整理（如國外資料統計時間與國內監視期間範圍不同，應另外說明）

(一) 國內、外使用人數

監視期間	推估使用人數(或次數)	
	國內	國外
第一期		
第二期		
第三期		
第四期		
第五期		
第六期		
總人數		

*若不敷使用請自行增加欄位

(二) 國內執行機構累積使用情形 (如為租借請註明)

醫事機構層級	販售數量	推估使用人數(或次數)
總數		

*若不敷使用請自行增加欄位

(三) 國內、外不良事件件數 (非嚴重不良事件應包括顧客申訴)

屬性	嚴重不良事件		非嚴重不良事件	
	國內	國外	國內	國外
第一期				
第二期				
第三期				
第四期				
第五期				
第六期				
總件數				

*若不敷使用請自行增加欄位

四. 不良事件資料收集 (請將本期不良事件內容以條列式呈現)

(一) 國內醫療器材嚴重不良事件

(二) 國內醫療器材非嚴重不良事件

(三) 國外醫療器材嚴重不良事件

(如有通報至國外主管機關之不良事件, 請特別註明)

(四) 國外醫療器材非嚴重不良事件

(五) 國內、外學術期刊文獻及學術研討會上發表之病例報告

醫療器材安全性總結報告

一、醫療器材產品資料

- (一) 許可證字號：衛部醫器製字第 007513 號
- (二) 中文品名：沛莫關節腔注射劑
- (三) 英文品名：PACEMOV Intra-articular Injection
- (四) 型號：NA
- (五) 製造業者名稱：靚德生醫科技股份有限公司
- (六) 製造業者所在國家：台灣
- (七) 許可證所有人：醫德安再生科技股份有限公司

二、安全監視期間

全程監視期： 年

全程監視日期： 年 月 日～ 年 月 日

三、監視項目之執行情形摘要

(包括但不限於監視期間國內銷售數量、出現之嚴重及非嚴重不良事件、顧客申訴等特殊情況之統計及分析摘要，並檢討相關原因)

四、全球各國醫療器材上市狀況

(包括但不限於販售國家及販售數量分布、國外嚴重及非嚴重不良事件統計及分析摘要等)

五、國內、外衛生主管機關或醫療器材商對於醫療器材安全性之採取行動

(包括但不限於醫療器材下市或終止、許可證未如期更新、醫療器材販售之限制、臨床試驗基於安全性考量之終止、使用方式修改、適應症或適用族群的變更、零組件之更改、仿單警語或注意事項之變更、安全性通告或回收訊息之發布等)

六、各國安全資訊方面的變更

(包括但不限於醫療器材安全性相關之仿單資訊變更〔警語或注意事項除外〕、醫療器材發生不良事件或已知副作用之頻率或嚴重程度有顯著增加趨勢之相關資訊等)

七、臨床試驗

(包括醫療器材上市後與安全性相關之臨床研究或分析結果及安全性臨床研究之文獻發表；如查無相關文獻，請提供文獻查詢日期、所查詢之文獻資料庫及查詢條件)

八、風險管理計畫及利益-風險分析結果

(包括事先未確認的危害、超過可接受風險的危害、風險重新評定及醫療受益與整體殘留風險分析)

九、總體安全性評估

十、總結

十一、附表/附錄

(一) 摘要表 (如國外資料統計時間與國內監視期間範圍不同，應另外說明。非嚴重不良事件應包括顧客申訴。)

國內						
監視期間	販售數量	推估使用人數	嚴重不良事件	非嚴重不良事件	期刊篇數	病例發表篇數
附件 索引編號						
國外						
監視期間	販售數量	推估使用人數	嚴重不良事件	非嚴重不良事件	期刊篇數	病例發表篇數
附件 索引編號						

(二) 國內販售分布資料 (如為租借請註明)

醫事機構層級	販售數量	推估使用人數(或次數)
醫學中心		
區域醫院		
地區醫院		
診所		
其他		

醫療器材嚴重不良事件通報表

案件編號(由通報中心填寫):

通報日期(由通報中心填寫):

年 月 日

衛生福利部食品藥物管理署		網址: http://qms.fda.gov.tw
醫療器材嚴重不良事件通報表		電子信箱: mdsafety@fda.gov.tw
I. 基本資訊		
*1. 報告類別: <input type="checkbox"/> 初次通報 <input type="checkbox"/> 追蹤通報, 第 _____ 次, 初次通報案號		
*2. 發生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日		
*3. 通報者獲知日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日		
*4. 案例來源: <input type="checkbox"/> 國內, 或 <input type="checkbox"/> 國外, _____ (國家)		
*5. 原始醫療器材不良事件獲知來源: <input type="checkbox"/> 由醫事人員轉知 (<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 醫工人員 <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> 由衛生單位得知 (<input type="checkbox"/> 衛生局(所) <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 由民眾主動告知 <input type="checkbox"/> 文獻 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
6. 啟動事件調查及後續通報(醫療器材商填寫) <input type="checkbox"/> 是, 預計通報日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 無, 原因: _____		
*7. 附件: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 共 _____ 件		
8. 產品經公告列入藥物安全監視: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無法得知		
*9. 通報者資訊 姓名: _____ 電子郵件: _____ 電話: _____ 地址: _____ 服務機構: _____ 屬性: <input type="checkbox"/> 醫事人員 (職稱: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 醫工人員 <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾 <input type="checkbox"/> 衛生單位		
*10. 您是否願意提供廠商您的服務機構以助分析不良事件: <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意		
11. 通報單位內部案件編號: _____		
II. 病人資訊		
12a. 病人識別代號: _____ (通報者自行編碼)		
12b. 生理性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
12c. 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (或約 _____ 歲)		
12d. 體重: _____ 公斤		
12e. 身高: _____ 公分		
III. 醫療器材資訊		
*13a. 許可證字號/登錄字號:		
*13b. 中文品名:		
13c. 許可證所有人/登錄者:		
13d. 醫材主/次類別:		
13e. 製造業者名稱:		
13f. 製造業者國別:		
13g. 醫材級數:		
*14a. 型號:		
*14b. 批號:		
14c. 序號:		
14d. 軟體版本:		

註: 1. 為確保通報資料完整, 有「*」之項目煩請務必填寫。 2. 選填項目請視需要填寫, 若無資料可不用填寫。

14e.製造日期：							
14f.有效日期：							
15.UDI 編碼：							
16.GMDN 編碼：							
17a.醫材使用： <input type="checkbox"/> 初次使用 <input type="checkbox"/> 重覆使用 <input type="checkbox"/> 重新維修/整修過 <input type="checkbox"/> 其他_____							
17b.本產品為一次性醫材經重處理後，重覆使用 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，執行重處理單位：_____，重消_____次							
17c.承上，如是重處理單次醫材，是屬於 <input type="checkbox"/> 經衛福部審查核准 <input type="checkbox"/> 經食藥署查驗登記許可 <input type="checkbox"/> 其他_____							
*18.醫材來源(販賣業者/經銷商/藥局名稱)：_____							
*19.醫材現況： <input type="checkbox"/> 已銷毀 <input type="checkbox"/> 尚在調查中 <input type="checkbox"/> 仍使用中或尚植於病人體內 <input type="checkbox"/> 於____年__月__日退還廠商(原廠)							
*20.是否已與販賣業者/製造業者接洽過： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，接洽之業者名稱_____							
IV. 不良事件資料							
*21.不良事件類別(複選) <input type="checkbox"/> 不良反應(已實質造成傷害) <input type="checkbox"/> 產品問題(發現品質瑕疵或功能失效等情形)							
*22.不良事件結果(單選) <input type="checkbox"/> A.死亡，日期：_____ 死亡原因：_____ <input type="checkbox"/> B.危及生命 <input type="checkbox"/> C.永久性殘疾 <input type="checkbox"/> D.胎嬰兒先天性畸形 <input type="checkbox"/> E.需住院或延長住院 <input type="checkbox"/> F.其他可能導致永久性傷害之併發症 <input type="checkbox"/> G.其他尚待評估嚴重性之不良事件(請敘述)_____							
23.產品問題分類(複選) <input type="checkbox"/> 器材操作(器材操作時發現規格不符問題，如軟體或相容性問題) <input type="checkbox"/> 環境設施(器材運送、儲存、維修或使用之環境問題) <input type="checkbox"/> 人因(產品與使用者間之問題，如使用說明書或操作方法不當) <input type="checkbox"/> 物理特性(材質完整性、製程問題，如滲漏、缺少零件等) <input type="checkbox"/> 其他(請敘述)_____							
*24.不良事件處置之機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 同通報者機構 <input type="checkbox"/> 無法得知							
25.醫療器材操作者： <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 病人或其家屬 <input type="checkbox"/> 其他							
26.停用後不良事件是否減輕： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知							
27.再使用是否出現同樣反應： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法得知							
28.不良事件相關譯碼(請參照國際醫療器材法規管理論壇編纂之不良事件譯碼辭彙《IMDRF terminologies for categorized Adverse Event Reporting》進行事件譯碼。若譯碼欄位不足，請自行增加欄位。)							
譯碼項目		項次	譯碼				
Health Effect -Clinical Code		#1					
Health Effect -Impact Code		#1					
Medical device problem codes		#1					
Component codes		#1					
*29.不良事件之描述(請依事件發生前後順序填寫。應包括(1)發生不良反應之部位、症狀、嚴重程度；(2)產品問題描述；(3)可能導致嚴重傷害之原因及過程；(4)病人後續處置等)							
30.相關檢查及檢驗數據	項次	檢驗日期	檢驗項目			檢驗數據	
	#1						
31.併用醫療器材	項次	許可證字號/登錄字號	中文品名	許可證所有人/登錄者	型號	醫材主類別	使用日期/原因
	#1						
32.併用藥品	項次	學名/商品名	含量/劑型	給藥途徑	劑量/頻率	使用期間/用藥原因	
	#1						

註：1.為確保通報資料完整，有「*」之項目煩請務必填寫。2.選填項目請視需要填寫，若無資料可不用填寫。

33.其他相關資料	其他有助於評估不良事件之風險因子資訊，包括潛在疾病、過敏史、懷孕狀態、吸菸、酒精、藥物濫用、生活習慣、環境等。
-----------	---------------------------------------------------------

如醫療器材商已完成事件調查，請接續填寫第 34-39 項內容。

V.事件調查資料 (醫療器材商填寫)

***34.醫療器材評估結果**

醫材是否有退回廠商進行檢測：是 否，原因_____

醫材評估結果摘要（完整測試報告請以附件提供，內容應包括檢測原因/目的、檢測單位/者、檢測項目、檢測方法、驗收標準、檢測結果以及報告核閱者簽名）：

***35.事件調查結果**（完整調查報告請以附件提供。應釐清不良事件發生之時序，確認其促成因素與不良事件結果之關聯性，以分析致生或可能導致該不良事件之根本原因或可能原因）

調查摘要：

如無啟動調查，請說明原因：

36.不良事件譯碼（請參照國際醫療器材法規管理論壇編纂之不良事件譯碼辭彙《IMDRF terminologies for categorized Adverse Event Reporting》進行事件譯碼。若譯碼欄位不足，請自行增加欄位。）

譯碼項目	項次	譯碼
Health Effect -Clinical Code	#1	
Health Effect -Impact Code	#1	
Medical device problem codes	#1	
Component codes	#1	
Cause investigation: Type of investigation	#1	
Cause investigation: Investigation findings	#1	
Cause investigation: Investigation conclusion	#1	

37.類似事件發生率（建議使用 IMDRF 譯碼鑑別類似事件，並說明特定期間內的類似事件發生率或趨勢變化）

***38.是否有矯正預防措施**（根據事件調查結果以及類似事件發生率，判斷不良事件再發之機會，評估是否需啟動矯正預防措施）

是 否

說明：

***39.結論**（綜合以上結果，評估是否有新增風險以及風險是否控制在可接受範圍，或是提供其他與醫療器材安全性相關之意見）