

“民德生醫”人工牙根系統-骨內錐狀植體
“MDBT”Implant Team-Bone Level Taper Implant
上市後安全監視計畫書

民德生醫科技股份有限公司

一、安全監視計畫背景

本計畫書及相關程序僅適用於台灣，自公告日起三年內，除了定期至中央主管機關指定之網路系統登載安全性報告，並於必要時至中央主管機關指定之網路系統進行通報。

二、安全監視目的

本計畫書主要目的為建立“民德生醫”人工牙根系統-骨內錐狀植體上市後安全監視計畫，以符合衛生福利部食品藥物管理署「醫療器材安全監視管理辦法」，執行上市後安全監視。

三、安全監視或研究對象

於台灣曾經使用“民德生醫”人工牙根系統-骨內錐狀植體的患者為本計畫的監視對象。

四、評估指標

1. 本產品於臨床使用上出現依據衛生福利部食品藥物管理署「醫療器材嚴重不良事件通報辦法」規定所生之不良事件。
2. 本產品於臨床使用上出現其他不良反應及任何因為操作因素所導致的副作用。

五、評估指標與計畫目的之關聯性

評估指標主要針對“民德生醫”人工牙根系統-骨內錐狀植體於臨床上使用可能發生之不良事件及因為操作因素所導致的副作用等評估，此評估目的即為確保本醫療器材使用之安全性，因此符合本計畫之目的。

六、執行方式

許可證持有醫療器材商應自公告日起，根據衛福部規定的時間內，向負責機關提出定期安全性報告，監視期間內應依公告格式，每半年填具當期蒐集所得資料，於該期截止日後三十日內登載至中央主管機關指定之網路系統，內容如附件一；安全監視期間屆滿後六十日內，依公告格式，填具安全監視期間

所得之安全資料，至中央主管機關指定之網路系統，登載總結報告，內容如附件二。如有造成醫療器材嚴重不良事件，則須及時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，通報內容如附件三。。

七、資料收集項目及格式

請參考本計畫書之各項附件：

附件一：“民德生醫”人工牙根系統-骨內錐狀植體定期安全性報告

附件二：“民德生醫”人工牙根系統-骨內錐狀植體安全性總結報告

附件三：醫療器材嚴重不良事件通報表

附件一

“民德生醫”人工牙根系統-骨內錐狀植體定期安全性報告

一、產品資料

1. 許可證字號：
2. 中文品名：
3. 英文品名：
4. 型號：
5. 製造業者名稱：
6. 製造業者所在國家：
7. 許可證所有人：

二、安全監視期間

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

三、資料整理

(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		

(二) 國內執行機構累積使用情形

醫事機構層級	販售數量	推估使用人數 (或次數)
總數		

(三) 國內、外不良事件件數

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				

四、 不良事件資料收集

(一) 國內醫療器材嚴重不良事件(Line Listing) : ____ 案件

(二) 國內醫療器材非嚴重不良事件(Line Listing): ____ 案件

(三) 國外醫療器材嚴重不良事件(Line Listing) : ____ 案件

(四) 國外醫療器材非嚴重不良事件(Line Listing): ____ 案件

(五) 國內、外學術期刊文獻及學術研討會上發表之病例報告: ____ 案件

附件二

“民德生醫”人工牙根系統-骨內錐狀植體安全性總結報告

一、產品資料

1. 許可證字號：
2. 中文品名：
3. 英文品名：
4. 型號：
5. 製造業者名稱：
6. 製造業者所在國家：
7. 許可證所有人：

二、安全監視期間

全程監視期： 年

全程監視日期：

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)

查詢日期	查詢文獻/資料庫	查詢條件	查詢結果	備註

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		

附件三

案件編號(由通報中心填寫)：

接獲通報日期(由通報中心填寫)： 年 月 日

衛生福利部食品藥物管理署	
醫療器材嚴重不良事件通報表	
網址： http://qms.fda.gov.tw	
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：	

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。

*14b.批號：		
14c.序號：		
14d.軟體版本：		
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	

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。

*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						
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。

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。

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)

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