



亞果生醫股份有限公司

ACRO Biomedical Co., Ltd.

亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒
ABCcolla Hemostatic ADM Scaffold
上市後安全監視計畫書

文件編號: PMS-4490-02

定稿日期: 2024.02.21

版本: V01



1 一般資訊

1.1 計畫編號: PMS-4490-02

1.2 計畫書之版本與日期: V01 ; 2024.02.21

1.3 歷次修訂摘要: 見前頁

2 產品基本資訊

2.1 許可證字號: 衛部醫器製字第 XXXXXXX 號

2.2 中文品名: 亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒

2.3 英文品名: ABCcolla Hemostatic ADM Scaffold

2.4 產品型號:

HHP00532080	HHP53100580
HHP53102080	HHP10150580
HHP10152080	HHP15250580
HHP15252080	HHP00531080
HHP00531580	HHP53101080
HHP53101580	HHP10151080
HHP10151580	HHP15251080
HHP15251580	HHP00530580

2.5 製造業者名稱: 亞果生醫股份有限公司

2.6 製造業者所在國家: 台灣

2.7 許可證所有人或登錄者: 亞果生醫股份有限公司



3 計畫資訊

3.1 安全監視背景: 依據「醫療器材安全監視管理辦法」第二條及「醫療器材上市後監督規範」規定，建立去細胞真皮止血微粒上市後定期追蹤計畫，以確保本器材使用於人體之安全性。

3.2 安全監視目的: 為建立合適系統用以蒐集、調查，統計及分析「亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒」於國內、外使用人數、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。透過完整系統化的主動收集相關資訊，鑑定是否有未鑑別出之風險存在，以確保本產品之安全性。

3.3 安全監視期間:

自本產品許可證核發日起，許可證持有者每半年整合所有資訊，並於該期截止日後 30 天內至主管機關指定之網路系統，登載定期安全性報告，為期三年。監視期屆滿後 60 天內，至中央主管機關指定之網路系統，登載安全總結報告。

3.4 安全監視或研究對象:

納入-使用「亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒」治療之患者。

排除-本產品須將產品覆蓋於傷口處，下列情形禁止使用:

- (1) 對豬組織來源物質過敏者。
- (2) 不適用於肉類產品減敏治療者。



- (3) 不適用嚴重出血部位治療及病患。
- (4) 不適用大動脈出血者。
- (5) 不適用凝血功能障礙者。
- (6) 不適用以甲基丙烯酸甲酯黏著劑黏合之骨表面。
- (7) 不適用於注射、眼內使用。
- (8) 不可用於血管腔內避免造成血栓。
- (9) 不可用於自體血液回收迴路系統及體外循環機器併用，可能造成血栓現象。

3.5 評估指標:

當在治療期間或治療後發生嚴重不良事件或非嚴重不良事件，定義與措施如下:

3.5.1 嚴重不良事件

指因使用醫療器材致生下列各款情形之一或有致生之虞者:

- (1) 死亡。
- (2) 危及生命。
- (3) 永久性殘疾。
- (4) 胎嬰兒先天性畸形。
- (5) 需住院或延長住院。
- (6) 其他可能導致永久性傷害之併發症。



如發生嚴重不良事件，根據醫療器材管理法第 48 條、醫療器材嚴重不良事件通報辦法第 3 條，醫事機構及醫療器材商須依規定於期限內填妥附件一，並通報至中央主管機關，或其委託之機構、法人或團體。

3.5.2 非嚴重不良事件

由主治醫師判斷是否疑似為「亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒」引起的不良事件(包含不良反應及產品問題)。若判定疑似醫療器材本身引起，應對各項不良事件做統計，各項不良事件如(表 1)所載。若患者於臨床上出現表 1 所列之不良事件及任何因操作因素所導致的副作用，應立即尋求適當專科醫療人員之醫療援助，並將發生事件、發生時間等相關資訊確實登錄於附件二。

項次	不良事件
1	發炎
2	發燒、發冷
3	異常疼痛
4	紅腫、腫脹、水腫
5	異常出血
6	不明感染
7	咳血
8	血腫
9	異物反應
10	其他異常事件



3.6 評估指標及與計畫目的之關聯性:紀錄統計各嚴重及非嚴重不良事件，分析評估產品上市後潛在風險，藉此監控產品安全。

3.7 執行方式:

3.7.1 醫師對患者執行治療後(使用產品)，許可證持有者或其經銷商之業務代表將(附件二)交給主治醫師，由醫師填寫並將原始資料留存於醫院/診所。

3.7.2 執行期間發現任何嚴重不良事件，應依醫療器材嚴重不良事件通報辦法之規定進行通報。

3.7.3 許可證持有者或其經銷商之業務代表依據監視期限定期主動追蹤醫院/診所以蒐集資料(附件二)，並將記錄帶回由許可證持有者保存。

3.7.4 監視期間，每半年以醫療器材定期安全性報告(附件三)回報中央主管機關。

3.7.5 監視期滿，以醫療器材安全性總結報告(附件四)回報中央主管機關。

4 附表/附錄

4.1 資料收集項目及格式:

附件一、醫療器材嚴重不良事件通報表

附件二、亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒個案使用者資料表

4.2 繳交報告格式(定期安全性報告、安全性總結報告):



亞果生醫股份有限公司

ACRO Biomedical Co., Ltd.

附件三、亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒定期安全性報告

附件四、亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒安全性總結報告



附件一、醫療器材嚴重不良事件通報表

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：mfsafety@fda.gov.tw

I. 基本資訊

*1. 報告類別：初次通報 追蹤通報，第_____次，初次通報案號

*2. 發生日期：

*3. 通報者獲知日期：

*4. 案例來源：國內，或 國外，：（國家）

*5. 原始醫療器材不良事件獲知來源：

由醫事人員轉知（醫師 藥師 護理人員 醫工人員 其他_____）

由衛生單位得知
（衛生局(所) 其他_____）

廠商

由民眾主動告知

文獻 其

他

6. 啟動事件調查及後續通報(醫療器材商填寫)：

是，預計通報日期：____年____月____日 無，原因：

*7. 附件：無 有，共_____件

8. 產品經公告列入藥物安全監視：無 有 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：醫事人員，醫院名稱：_____

（職稱：醫師 藥師 護理人員 醫工人員 其他_____）

廠商

民眾

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：願意 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：男 女

*12c. 出生日期：(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： 字第號

*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：

14e. 製造日期：

14f. 有效日期：

15. UDI 編碼：

16. GMDN 編碼：

17a. 醫材使用：初次使用 拋棄式器材重覆使用 可反覆使用式器材重覆使用 重新維修/整修過 其他

17b. 本產品為一次性醫材經重處理後，重覆使用否 是，執行重處理單位：_____，重消____次

17c. 承上，如是重處理單次醫材，是屬於經衛福部審查核准 經食藥署查驗登記許可 其他_____

*18. 醫材來源(販賣業者/經銷商/藥局名稱)：

*19. 醫材現況：已銷毀 尚在調查中 仍使用中或尚植於病患體內 於_____退還廠商(原廠)

*20. 是否已與販賣業者/製造業者接洽過：否 是，接洽之廠商名稱_____

IV. 不良事件資料



***21. 不良事件類別**

- 不良反應（已實質造成傷害） 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**

- A. 死亡，日期 _____ 死亡原因： _____
- 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
- G. 其他尚待評估嚴重性之不良事件 _____

23. 產品問題分類（複選）

- (1) 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等）
- (2) 環境設施： （器材運送、儲存、維修或使用之環境問題等）
- (3) 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等）
- (4) 物理特性： （材質完整性、製程問題，如滲漏、缺少零件等）
- (5) 其他（請敘述）： _____

***24. 不良事件處置之機構名稱：** 同通報者機構 無法得知

25. 醫療器材操作者： 醫療人員 病人或其家屬 其他

26. 停用後不良事件是否減輕： 是 否 無法得知

27. 再使用是否出現同樣反應： 是 否 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

***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

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

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	使用原因

~



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。

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

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：為確保通報資料完整，有「*」之項目煩請務必填寫



附件二、亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒個案使用者資料表

紀錄編號:

一、醫療器材產品基本資料			
許可證字號	衛部醫器製字第 XXXXXX 號		
中文品名	亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒		
英文品名	ABCcolla Hemostatic ADM Scaffold		
製造業者名稱	亞果生醫股份有限公司		
製造業者所在國家	台灣		
許可證所有人	亞果生醫股份有限公司		
二、醫療器材產品使用資訊			
產品批號/產品型號	病例貼-黏貼處		
產品使用數量	_____ <input type="checkbox"/> 包 <input type="checkbox"/> 片 <input type="checkbox"/> 塊 <input type="checkbox"/> 瓶		
三、臨床使用紀錄			
醫療機構			
病人代碼(去識別化)		病人性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
操作醫師(去識別化)		病人年齡	

施作日期: _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)			
項次	監視項目	是否發生	說明 (如:發生不良反應部位、發生時間、持續時間、處理方法、處理多久後結果)
1	死亡	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2	危及生命	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3	永久性殘疾	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4	胎嬰兒先天性畸形	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5	需住院或延長住院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6	其他可能導致永久性傷害之併發症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
7	發炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
8	發燒、發冷	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
9	異常疼痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
10	紅腫、腫脹、水腫	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
11	異常出血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
12	不明感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	



亞果生醫股份有限公司

ACRO Biomedical Co., Ltd.

13	咳血	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
14	血腫	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
15	異物反應	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
16	其他異常事件說明:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
填寫日期: _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD)				

註：本附錄一式 2 份由醫療機構與許可證持有者留存備查，每位使用者均須分別填寫。若欄位不足，請自行增加欄位。本附錄應永久保存備查。



附件三、亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒定期安全性報告

一. 醫療器材產品資料

- (一) 許可證字號:衛部醫器製字第 _____ 號
- (二) 中文品名:亞比斯·可拉 去細胞真皮止血微粒
- (三) 英文品名:ABCcolla Hemostatic ADM Scaffold
- (四) 型號: _____
- (五) 製造業者名稱:亞果生醫股份有限公司
- (六) 製造業者所在國家:台灣
- (七) 許可證所有人或登錄者:亞果生醫股份有限公司
- (八) 適應症:(有列出需監視之適應症再行提供)

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



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		