

---

# 엠폭스(mpox) 치료제 사용 안내서

---

제3판

(2024. 4. 30.)



질병관리청

# 목 차

## Part 1 치료제별 안내

### I 테코비리마트

- 1. 약물 개요 ..... 3
- 2. 전배 절차 ..... 4
- 3. 추가공급 절차 ..... 4
- 4. 사용관리 절차 ..... 4

## Part 2 서식

- [서식] ..... 6**
- 1. 엠폭스 치료제 추가 공급요청서 ..... 7
- 2. 엠폭스 치료제 보관·인수 확인 증명서 ..... 8
- 3. 엠폭스 치료제 사용보고서 ..... 9
- 4. 엠폭스 치료제 물량조정 요청서 ..... 10
- 5. 엠폭스 치료제 인계·인수증 ..... 11

- 본 안내서는 엠평스 치료제 사용에 필요한 약물 개요·공급 방법 등을 안내하고자, 관련 학회 등의 자문을 거쳐 제작하였음
- 엠평스 경증·비고위험군 환자는 대부분 대증치료로 증상 완화가 가능함. 이에 엠평스 치료제 처방을 담당하는 의료진(감염내과 또는 소아감염 전문의)은 환자의 중증도·사망 위험도를 고려하여, 투여하여 기대되는 임상적 유익성이 위해성을 상회하는 경우에만 엠평스 치료제 투여
- 본 안내서는 현시점 정부에서 공급하는 치료제에 한정하여 안내하고 있으며, 향후 상황에 따라 개정될 수 있음

## Part 1 치료제별 안내

### I 테코비리마트

#### 1 약물 개요

(상품명) 티폭스(성분명: 테코비리마트)

(개발사) 메리디안 메디컬 테크놀로지社

(작용기전) 올소폭스바이러스(orthopoxvirus)\* 표면 단백질(VP37)에 작용하여 바이러스의 증식 및 확산 억제

\* 엠폭스, 두창, 우두 바이러스 등

(적응증) 두창 바이러스에 감염된 성인 및 소아(3kg 이상)

(투여) 경구(캡슐)

(용법·용량) 투여자 체중의 용법·용량에 맞춰 중등도-고지방 식사 후 30분 이내 투여

- 체중 13-25kg 미만: 14일간 12시간마다 1캡슐(200mg×1)

- 체중 25-40kg 미만: 14일간 12시간마다 2캡슐(200mg×2)

- 체중 40-120kg 미만: 14일간 12시간마다 3캡슐(200mg×3)

- 체중 120kg 이상: 14일간 8시간마다 3캡슐(200mg×3)

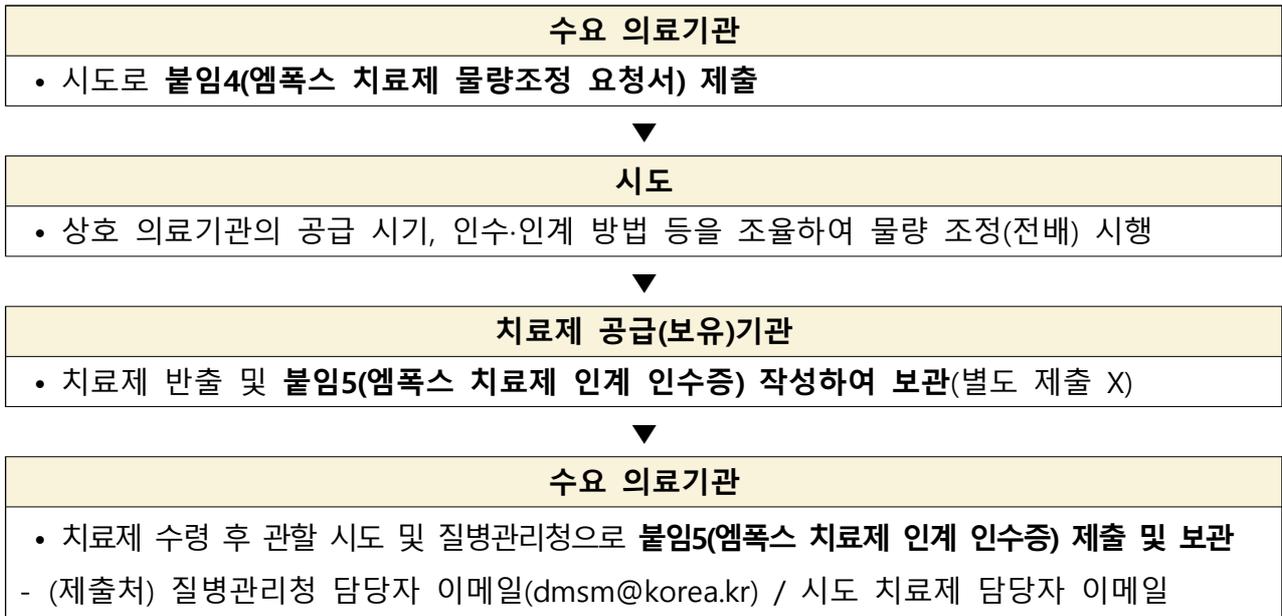
\* 美 FDA 허가내용 기준 ('22. 6.1.)

(안전성) 두창 환자 안전성 평가 자료는 없으며, 건강한 성인 대상 평가 자료만 존재

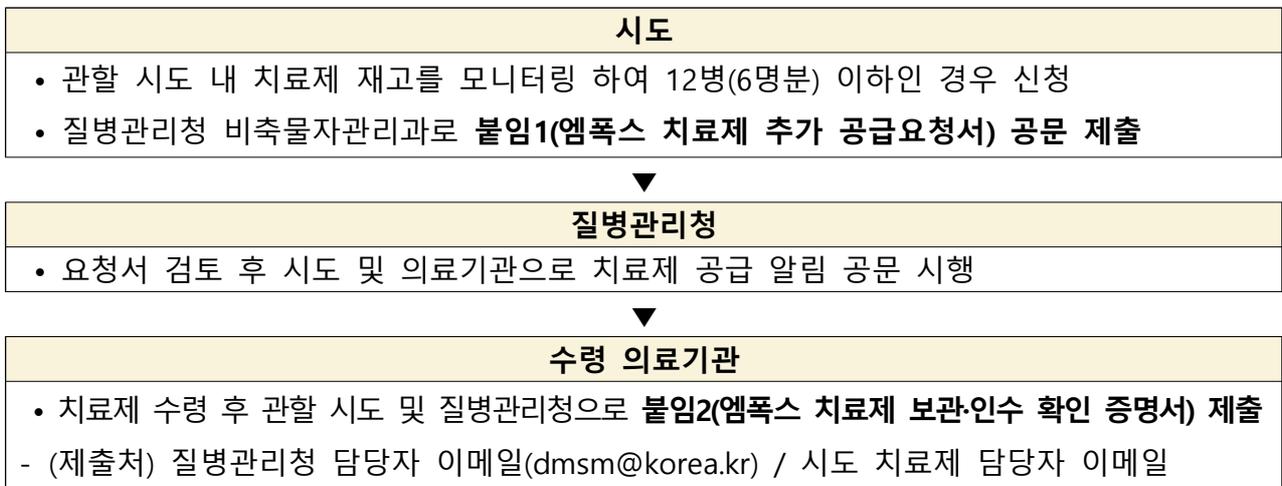
- (경구) 3상 임상시험\*에서 흔한 이상반응으로 두통, 메스꺼움, 복통 등 발생

\* 건강한 성인 359명 대상, 14일간 1일 2회 600mg 투여

## 2 전배절차



## 3 추가공급 절차



## 4 사용관리 절차



## Part 2 서식

### [서식]

- 1 엠폭스 치료제 추가 공급요청서
- 2 엠폭스 치료제 보관·인수 확인 증명서
- 3 엠폭스 치료제 사용 보고서
- 4 엠폭스 치료제 물량조정 요청서
- 5 엠폭스 치료제 인계·인수증

---

# 서 식

---

## 엠폭스 치료제 추가 공급요청서

시도 담당자	서울시청 감염병관리과 홍길동
시도 담당자 연락처	02-1234-5678
신청일	2024 4. 14.(금)
신청제품	TPOXX(테코비리마트)
現 재고 수량	0병
신청 수량	10병
배송기관	서울의료원
배송주소	서울특별시 중랑구 신내로 156 지하 1층 약제팀
수령인	김길동
수령인 연락처 (핸드폰 번호 필수)	02-1234-5678 / 010-1234-5678
이메일	abc123@naver.com
수령 희망일	2024 4. 18.(화)

<b>엠폭스 치료제 보관·인수 확인증명서</b>
----------------------------

① 제품명	<i>TPOXX(테코비리마트)</i>	② 수량	<i>00병</i>
③ 배치번호	<i>24601106</i>	④ 유효기한	<i>2028년 5월</i>
보관 담당자	⑤ 기관명		
	⑥ 담당자	(연락처)	
	⑦ 수령일시		
	⑧ 보관온도		
수령자*	⑨ 기관명		
	⑩ 수령인	(연락처)	
	⑪ 수령일시		

제품 보관관리 기준에 따라 보관 및 수령하였음을 확인합니다.

년      월      일

보관관리자

(서명 또는 날인)

## 엠폭스 치료제 사용 보고서

<b>의료기관명</b>	<i>서울의료원</i>			
<b>환자정보</b>	<b>성명</b>		<b>성별</b>	
	<b>생년월일</b>			
	<b>진단명</b>			
<b>사용 수량 (단위 : 병)</b>	<i>2병</i>			
<b>잔여 재고량 (단위 : 병)</b>	<i>10병</i>			
<p>보관 의약품을 위와 같이 사용하고 잔여 재고량을 보고합니다.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">년      월      일</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">보관관리자                      (서명 또는 날인)</p>				

<b>엠폭스 치료제 물량조정 요청서</b>
-------------------------

<b>발주처</b>	<b>병원명</b>			
	<b>진료과</b>			
	<b>주소</b>			
	<b>발주부서</b>	<b>담당자</b>		
		<b>전화번호</b>		
		<b>팩스번호</b>		
	<b>약품 수령부서</b>	<b>담당자</b>		
		<b>전화번호</b>		
<b>발주 제품</b>	<b>제품명</b>	<b>요청수량</b>	<b>납품희망일</b>	
	TPOXX (테코비리마트)	0병		
※ 성인 기준 1인당 2병 사용 * 구체적인 용법·용량에 대해서는 약물 개요 참조 ※ TPOXX(테코비리마트) 보관방법(20-25℃ 보관)			<b>담당(신청) 의사, 약사 간호사</b>	[인] 또는 서명

