

(刪除附表) 附表七之一 全民健康保險使用抗癌藥品 Trastuzumab 申請表

申請類別：		☐ 送核 ☐ 補資料 ☐ 申復 ☐ 資料異動		受理日期：		受理編號：		緊急傳真日期：	
醫療機構	名稱	保險對象	姓 名	出生	原 受 理 編 號 (申復時填用)		預 定 實 施 期		
	代號		身 分 證 號 統 一 編 號	科 別	☐ 門診 ☐ 住院	病歷 號碼	申請醫師 身分證號		
ICD-10 代碼		疾病名稱		使用日期		年 月 日至 年 月 日			
藥品名稱及 代碼	申請類別	給付規定			療程劑量	保險人核定欄			
成分 Trastuzumab 劑型 ☐ 注射劑型 ☐ 口服劑型	☐ 第一次申請 ☐ 治療後再次申請	☐ 早期乳癌 外科手術前後、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，具 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)，且具腋下淋巴結轉移但無遠處臟器轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。 ☐ 轉移性乳癌 ☐ 單獨使用於治療腫瘤細胞上有 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。 ☐ 與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)者。 ☐ 轉移性乳癌且 HER2 過度表現之病人，僅限先前未使用過本藥品者方可使用。			☐ 同意備查(下列二者擇一核定)： ☐ 核定使用起迄期間：共 月(共 週) ☐ 核定使用療程：共 療程 ☐ 不同意 ☐ 不符合適應症。 ☐ 不符合併用二種此類藥物之適應症 ☐ 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 ☐ 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 ☐ 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 ☐ 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) ☐ 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) ☐ 補附資料再審，請補充以下資料 ☐ 其他：				
注 意 事 項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向保險人各分區業務組申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議會申請審議。 6. 對核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。 7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。經報備後未及經審查回復即因急迫需要而施行者，應依專業審查核定結果辦理。						保險人 日期章戳		審 查 醫 師
	醫事服務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日 文號：		承辦人	複核	科長	決 行	

(刪除附表) 附表十二 全民健康保險使用 Tirofiban (Aggrastat)申報表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身分證號		病歷號碼		體重	
藥品代碼		申請數量		用法用量	
使用期間	自 年 月 日 時 分至 年 月 日 時 分				

診 斷	適應症範圍	診斷根據
	☐ 不穩定型心絞痛：(缺血性心絞痛合併心電圖兩個導程 ST 節段改變 1mm (0.1mv) 以上，及血循力學【hemodynamics】有變化者)，對傳統療法無反應者 ☐ 非 Q 波之心肌梗塞 ☐ 急性 Q 波心肌梗塞症狀發作十二小時內且準備進行冠狀動脈氣球擴張術(PTCA) 發作時刻_____年_____月_____日 _____時_____分 來診時刻_____年_____月_____日 _____時_____分 執行 PTCA 時間_____年_____月_____日 _____時_____分 注射起始時間：執行 PTCA 前_____小時 注射結束時間：執行 PTCA 後_____小時(≤48 小時)	☐ 臨床症狀 ☐ 心電圖變化 ☐ Troponin 升高 ☐ CK-MB 升高 ☐ 冠狀動脈造影 ☐ 其他
用量 ☐ 1 瓶(12.5mg) ☐ 2 瓶(25mg) ☐ 3 瓶(37.5mg)		
心肌梗塞部位		
☐ 前壁 ☐ 側壁 ☐ 中隔部 ☐ 下壁		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

(新增附表) 附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 Ustekinumab 申請表(第一頁)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日

☐ 符合抗腫瘤壞死因子 (anti-TNF) 未達療效

療效定義：治療 12 週後，評估乾癬關節炎反應標準〔附表二十二之三〕，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼痛關節或腫脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化。

- ☐ 疼痛關節的關節總數較原基礎值改善。
- ☐ 腫脹關節的關節總數較原基礎值改善。
- ☐ 醫師的整體評估較原基礎值改善。
- ☐ 病患的整體評估較原基礎值改善。
- ☐ 上述 4 種指標皆無惡化。

☐ Etanercept _____ mg/ week

☐ Adalimumab _____ mg/ two weeks

☐ Golimumab _____ mg/ month

(請檢附使用 etanercept、adalimumab 或 golimumab 12 週或以上之病歷影本)

☐ 符合腫瘤壞死因子(TNF)抑制療法無法耐受 (請檢附病歷影本)

(請說明藥物引起不良反應之情形如副作用、發生 TB 或惡性腫瘤等)：

☐ Etanercept

_____mg/ week 引起之不良事件: _____

☐ Adalimumab

_____mg/ two weeks 引起之不良事件: _____

☐ Golimumab

_____mg/ month 引起之不良事件: _____

附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 Ustekinumab 申請表(第二頁)

☐ 符合繼續使用之療效評估：

療效定義：初次申請後，於 24 週評估乾癬關節炎反應標準〔附表二十二之三〕，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼痛關節或腫脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化，方得繼續使用。繼續使用者，需每 12 週評估一次，再次提出申請續用。

- ☐ 疼痛關節的關節總數較原基礎值改善。
- ☐ 腫脹關節的關節總數較原基礎值改善。
- ☐ 醫師的整體評估較原基礎值改善。
- ☐ 病患的整體評估較原基礎值改善。
- ☐ 上述 4 種指標皆無惡化。

註：改善之定義請參照給付規定

☐ 符合「需排除或停止 ustekinumab 使用之情形」

☐ 是 ☐ 否	是否有 ustekinumab 仿單記載之禁忌情形。
☐ 是 ☐ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病或有 B 肝、C 肝活動性感染或結核病。
☐ 是 ☐ 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括： 1. 慢性腿部潰瘍。 2. 未經完整治療之結核病的病患（包括潛伏結核感染治療未達四週者，申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查）。 3. 過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者。 4. 曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，不可使用。 5. 頑固性或復發性的胸腔感染疾病。 6. 具有留置導尿管之情形。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiple sclerosis)
☐ 是 ☐ 否	使用 ustekinumab 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

(現行附表) 附表二十四之一：全民健康保險乾癬使用
Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab 申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日

☐ 符合照光治療及其他系統性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他系統性治療之全身慢性中、重度之乾癬或頑固之掌蹠性乾癬，且影響功能：(定義請參照給付規定)

1. ☐ 符合照光治療無效(檢附詳細3個月照光劑量記錄)。
2. ☐ 符合其他系統性治療無效(目前未達PASI或BSA申請標準者，需同時附治療前後資料)。

至少2種其他系統性用藥之使用時間、劑量及停用理由

	使用劑量	使用時間	停用理由
Acitretin	___mg/day	___年___月___日至 ___年___月___日	
Methotrexate	___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
Cyclosporin	___mg/day	___年___月___日至 ___年___月___日	

患者體重: ___ kg

- 3-1 ☐ 符合全身慢性中、重度之乾癬(檢附至少6個月病歷影本，治療已滿3個月，未滿6個月，得合併它院就診病歷)。
- 3-2 ☐ 符合頑固之掌蹠性乾癬者(檢附照片應包括前、後、左、右至少四張，並視需要加附頭部、掌、蹠照片)。
4. ☐ 乾癬面積暨嚴重度指數〔Psoriasis Area Severity Index (PASI)〕 ≥ 10 (不適用PASI測定如膿疱性乾癬，則以範圍 $\geq 10\%$ 體表面積)。

$$\begin{aligned} \text{PASI} = & 0.1 * (_ + _ + _) * _ + 0.3 * (_ + _ + _) * _ + \\ & 0.2 * (_ + _ + _) * _ + 0.4 * (_ + _ + _) * _ \\ = & _ \end{aligned}$$

☐ 符合繼續使用之療效評估：
初次療程

1. ☐ 於初次療程之第 12 週（使用 ustekinumab 者為第 16 週）評估時，至少有 PASI25 療效。
2. ☐ 於初次療程，經過 6 個月治療後，PASI 或體表面積改善達 50%。
3. ☐ 原先使用 cyclosporin 控制有效且腎功能異常（Creatinine 基礎值上升 $\geq$ 30%）者，於 6 個月療程（初次療程）結束後，因回復使用 cyclosporin 產生腎功能異常，或其他無法有效控制之副作用，經減藥後仍無法有效控制乾癬。（不符合者下次申請應於 1 年後）

重複療程

4. ☐ 再次申請時，符合下列條件之一：
 - i. ☐ 與初次治療前之療效達 PASI50；
 - ii. ☐ 暫緩續用後至少有 50%復發（需附上次療程治療前、後及本次照片）。
5. ☐ 上次治療至今病歷影本，至多附 6 個月，以及申請日期之臨床照片。

上次申請之 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab 使用時間及使用劑量：

使用劑量	使用時間	PASI 治療前後數值
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	

☐ 符合「需排除或停止使用之情形」

☐ 是 ☐ 否	是否有 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab 仿單記載之禁忌情形。
☐ 是 ☐ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。

☐ 是 ☐ 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括 1.慢性腿部潰瘍，2.未經完整治療之結核病的病患（包括潛伏結核感染治療未達四週者，申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查），3.過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者，4.人工關節受到感染（該人工關節未除去前，不可使用 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab），5.頑固性或復發性的胸腔感染疾病，6.具有留置導尿管之情形。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
☐ 是 ☐ 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PASI 下降程度未達 50%
☐ 是 ☐ 否	使用 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

專科醫師證書：_____專字第_____號

(修正附表) 附表二十四之一：全民健康保險乾癬使用
Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/ Secukinumab 申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日

☐ 符合照光治療及其他系統性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他系統性治療之全身慢性中、重度之乾癬或頑固之掌蹠性乾癬，且影響功能：(定義請參照給付規定)

1. ☐ 符合照光治療無效 (檢附詳細 3 個月照光劑量記錄)。
2. ☐ 符合其他系統性治療無效 (目前未達 PASI 或 BSA 申請標準者，需同時附治療前後資料)。

至少 2 種其他系統性用藥之使用時間、劑量及停用理由

	使用劑量	使用時間	停用理由
Acitretin	___mg/day	___年___月___日至 ___年___月___日	
Methotrexate	___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
Cyclosporin	___mg/day	___年___月___日至 ___年___月___日	

患者體重: _____ kg

- 3-1 ☐ 符合全身慢性中、重度之乾癬 (檢附至少 6 個月病歷影本，治療已滿 3 個月，未滿 6 個月，得合併它院就診病歷)。
- 3-2 ☐ 符合頑固之掌蹠性乾癬者 (檢附照片應包括前、後、左、右至少四張，並視需要加附頭部、掌、蹠照片)。
4. ☐ 乾癬面積暨嚴重度指數 [Psoriasis Area Severity Index (PASI)] ≥ 10 (不適用 PASI 測定如膿疱性乾癬，則以範圍 $\geq 10\%$ 體表面積)。

$$\begin{aligned}
 \text{PASI} = & 0.1 * (_ + _ + _) * _ + 0.3 * (_ + _ + _) * _ + \\
 & 0.2 * (_ + _ + _) * _ + 0.4 * (_ + _ + _) * _ \\
 = & _
 \end{aligned}$$

☐ 符合繼續使用之療效評估：
初次療程

1. ☐ 於初次療程之第 12 週(使用 ustekinumab 者為第 16 週)評估時，至少有 PASI25 療效。
2. ☐ 於初次療程，經過 6 個月治療後，PASI 或體表面積改善達 50%。
3. ☐ 原先使用 cyclosporin 控制有效且腎功能異常(Creatinine 基礎值上升 $\geq$ 30%)者，於 6 個月療程(初次療程)結束後，因回復使用 cyclosporin 產生腎功能異常，或其他無法有效控制之副作用，經減藥後仍無法有效控制乾癬。(不符合者下次申請應於 1 年後)

重複療程

4. ☐ 再次申請時，符合下列條件之一：
 - i. ☐ 與初次治療前之療效達 PASI50；
 - ii. ☐ 暫緩續用後至少有 50%復發(需附上次療程治療前、後及本次照片)。
5. ☐ 上次治療至今病歷影本，至多附 6 個月，以及申請日期之臨床照片。

上次申請之 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/Secukinumab 使用時間及使用劑量：

使用劑量	使用時間	PASI 治療前後數值
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	

☐ 符合「需排除或停止使用之情形」

☐ 是 ☐ 否	是否有 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/Secukinumab 仿單記載之禁忌情形。
☐ 是 ☐ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。

☐ 是 ☐ 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括 1.慢性腿部潰瘍，2.未經完整治療之結核病的病患（包括潛伏結核感染治療未達四週者，申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查），3.過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者，4.人工關節受到感染〈該人工關節未除去前，不可使用 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/Secukinumab〉，5.頑固性或復發性的胸腔感染疾病，6.具有留置導尿管之情形。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
☐ 是 ☐ 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PASI 下降程度未達 50%
☐ 是 ☐ 否	使用 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/Secukinumab 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

專科醫師證書：_____專字第_____號

(現行附表) 附表二十四之二：全民健康保險乾癬(慢性紅皮症乾癬部分)使用
Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab 申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日

☐ 符合經系統性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他系統性治療之慢性紅皮症乾癬：(定義請參照給付規定)

- ☐ 符合範圍 $\geq 75\%$ 體表面積，且病史超過1年。
- ☐ 符合以 cyclosporin 足量(5mg/kg/d，除非有明顯不良反應)治療6個月以上，停藥未滿3個月即復發到 PASI>10 或體表面積>30 (需經皮膚科醫師評估)。

	使用劑量	使用時間	停用理由
cyclosporin	___mg/day	___年___月___日至 ___年___月___日	

- ☐ 符合以 methotrexate 及 acitretin 治療無效(目前未達 PASI 或 BSA 申請標準者，需同時附治療前後資料)。

	使用劑量	使用時間	停用理由
Acitretin	___mg/day	___年___月___日至 ___年___月___日	
Methotrexate	___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	

患者體重: ___ kg

- ☐ 乾癬面積暨嚴重度指數〔Psoriasis Area Severity Index (PASI)〕 ≥ 10 (不適用 PASI 測定如膿疱性乾癬，則以範圍 $\geq 10\%$ 體表面積)。

$$\text{PASI} = 0.1 * (_ + _ + _) * _ + 0.3 * (_ + _ + _) * _ + 0.2 * (_ + _ + _) * _ + 0.4 * (_ + _ + _) * _$$

= _____

☐ 符合繼續使用之療效評估：
初次療程

1. ☐ 於初次療程之第 12 週（使用 ustekinumab 者為第 16 週）評估時，至少有 PASI25 療效。
2. ☐ 經過 6 個月療程治療後，因回復使用 cyclosporin 而產生腎功能異常（Creatinine 基礎值上升 $\geq$ 30%），或其他無法有效控制之副作用，經減藥後仍無法有效控制乾癬。

重複療程

3. ☐ 再次申請時，符合下列條件之一：
 - i. ☐ 與初次治療前之療效達 PASI50；
 - ii. ☐ 暫緩續用後至少有 50%復發（需附上次療程治療前、後及本次照片）。
4. ☐ 上次治療至今病歷影本，至多附 6 個月，以及申請日期之臨床照片。

上次申請之 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab 使用時間及使用劑量：

使用劑量	使用時間	PASI 治療前後數值
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	

☐ 符合「需排除或停止使用之情形」

☐ 是 ☐ 否	是否有 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab 仿單記載之禁忌情形。
☐ 是 ☐ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。

☐ 是 ☐ 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括 1.慢性腿部潰瘍，2.未經完整治療之結核病的病患（包括潛伏結核感染治療未達四週者，申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查），3.過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者，4.人工關節受到感染（該人工關節未除去前，不可使用 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab），5.頑固性或復發性的胸腔感染疾病，6.具有留置導尿管之情形。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
☐ 是 ☐ 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PASI 下降程度未達 50%
☐ 是 ☐ 否	使用 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

專科醫師證書：____專字第_____號

(修正附表) 附表二十四之二：全民健康保險乾癬(慢性紅皮症乾癬部分)使用
Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/ Secukinumab 申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日

☐ 符合經系統性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他系統性治療之慢性紅皮症乾癬：(定義請參照給付規定)

- ☐ 符合範圍 $\geq 75\%$ 體表面積，且病史超過 1 年。
- ☐ 符合以 cyclosporin 足量 (5mg/kg/d，除非有明顯不良反應) 治療 6 個月以上，停藥未滿 3 個月即復發到 PASI > 10 或體表面積 > 30 (需經皮膚科醫師評估)。

	使用劑量	使用時間	停用理由
cyclosporin	___mg/day	___年___月___日至 ___年___月___日	

- ☐ 符合以 methotrexate 及 acitretin 治療無效 (目前未達 PASI 或 BSA 申請標準者，需同時附治療前後資料)。

	使用劑量	使用時間	停用理由
Acitretin	___mg/day	___年___月___日至 ___年___月___日	
Methotrexate	___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	

患者體重: ___ kg

- ☐ 乾癬面積暨嚴重度指數 [Psoriasis Area Severity Index (PASI)] ≥ 10 (不適用 PASI 測定如膿疱性乾癬，則以範圍 $\geq 10\%$ 體表面積)。

$$\text{PASI} = 0.1 * (_ + _ + _) * _ + 0.3 * (_ + _ + _) * _ + 0.2 * (_ + _ + _) * _ + 0.4 * (_ + _ + _) * _$$

= _____

☐ 符合繼續使用之療效評估：
初次療程

1. ☐ 於初次療程之第 12 週（使用 ustekinumab 者為第 16 週）評估時，至少有 PASI25 療效。
2. ☐ 經過 6 個月療程治療後，因回復使用 cyclosporin 而產生腎功能異常（Creatinine 基礎值上升 $\geq$ 30%），或其他無法有效控制之副作用，經減藥後仍無法有效控制乾癬。

重複療程

3. ☐ 再次申請時，符合下列條件之一：
 - i. ☐ 與初次治療前之療效達 PASI50；
 - ii ☐ 暫緩續用後至少有 50%復發（需附上次療程治療前、後及本次照片）。
4. ☐ 上次治療至今病歷影本，至多附 6 個月，以及申請日期之臨床照片。

上次申請之 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/Secukinumab 使用時間及使用劑量：

使用劑量	使用時間	PASI 治療前後數值
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	
___mg/week	___年___月___日至 ___年___月___日	

☐符合「需排除或停止使用之情形」

☐ 是 ☐ 否	是否有 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/ <u>Secukinumab</u> 仿單記載之禁忌情形。
☐ 是 ☐ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。

☐ 是 ☐ 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括 1.慢性腿部潰瘍，2.未經完整治療之結核病的病患（包括潛伏結核感染治療未達四週者，申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查），3.過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者，4.人工關節受到感染〈該人工關節未除去前，不可使用 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/ <u>Secukinumab</u> 〉，5.頑固性或復發性的胸腔感染疾病，6.具有留置導尿管之情形。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
☐ 是 ☐ 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PASI 下降程度未達 50%
☐ 是 ☐ 否	使用 Etanercept/Adalimumab/Ustekinumab/ <u>Secukinumab</u> 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

專科醫師證書：_____專字第_____號

(新增附表) 附表二十六之三 全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab 申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日

☐ 符合下列所有條件：

☐ 六歲(含)以上診斷為小兒克隆氏症。

☐ 符合下列條件之一，且附上影像診斷評估報告。

☐ 一、經類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療超過三個月，仍然無法控制病情 (PCDAI $\geq$ 30 或產生過敏或其他嚴重藥物副作用時)。

☐ 無法控制病情 (PCDAI 分數：_____)

☐ 產生嚴重藥物副作用：藥名_____時間_____

副作用說明：_____

☐ 二、小兒克隆氏症病童腹部或肛門瘻管合併生長遲緩者(height velocity Z Score -1 to -2.5)。

☐ 瘻管無法癒合 (PCDAI 分數：_____)，自____年____月起

☐ 三、小兒克隆氏症病情發作且生長遲緩(height velocity Z Score -1 to -2.5)病童，經營養治療與免疫抑制劑治療失敗者。

☐ 符合繼續使用之療效評估：

☐ 初次使用者：治療第三劑後，達到臨床反應者，方得申請繼續使用。

☐ 達到有效緩解之誘導(PCDAI 降低 $\geq$ 15)

☐ 緩解誘導之使用期間：____年____月至____年____月

☐ 繼續使用者：每 16 週(使用 8 劑)評估一次，評估仍維持前一次療程有效時之 PCDAI 分數。

☐ 治療期滿 56 週(使用 28 劑)，再提出續用者：距前次治療已間隔六個月以上，且因病情復發或以其他治療難以控制達規定之標準。

附表二十六之三 全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab 申請表

☐ 符合「須排除或停止 adalimumab 使用之情形」	
☐ 是 ☐ 否	是否有 adalimumab 仿單記載之禁忌情形。
☐ 是 ☐ 否	病患是否有活動性感染症。
☐ 是 ☐ 否	未經完整治療之結核病的病患（包括潛伏結核感染治療未達四週者，申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查）。
☐ 是 ☐ 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括： 1.慢性腿部潰瘍。 2.具有留置導尿管或身上有引流管之情形。 3.人工關節感染，該人工關節尚未摘除。 4.頑固性或復發性的胸腔感染疾病。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
☐ 是 ☐ 否	使用 adalimumab 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

消化系專科醫師證書：_____

小兒專科醫師證書：_____

(新增附表) 附表二十六之四 PCDAI (Pediatric Crohn's disease activity index)

History (Recall, 1 week) 病史(過去一周)					
Abdominal Pain 腹痛					Score 分數
0 = None 無	5 = Mild: Brief, does not interfere with activities 輕微: 短暫, 不影響活動		10 = Moderate/ Severe: Daily, longer lasting, affects activities, nocturnal 中度/嚴重: 每天, 持續較長時間, 影響活動, 夜間痛		
Patient Functioning, General Well-Being 病人的功能、一般健康狀況					Score 分數
0 = No limitation of activities, well 活動自主, 狀況良好	5 = Occasional difficulty in maintaining age-appropriate activities, below par 維持該年齡應有的活動偶爾會有困難, 低於平均值		10 = Frequent limitation of activity, very poor 活動經常受限, 非常虛弱		
Stools (per day) 糞便(每天)					Score 分數
0 = 0-1 liquid stools, no blood 0-1 次流質糞便, 沒有血絲	5 = Up to 2 semiformal with small blood, or 2-5 liquid 最多 2 次的半成形及輕微血絲糞便, 或是 2-5 次流質糞便		10 = Gross bleeding, or ≥ 6 liquid, or nocturnal diarrhea 血便, 或多於 6 次流質糞便, 或夜間腹瀉		
Laboratory 檢驗值					
HCT 血比容					Score 分數
< 10 years (Male and Female): < 10 歲 (男/女)			11-14 years (Male): 11-14 歲 (男)		
0 = $> 33\%$	2.5 = 28%-32%	5 = $< 28\%$	0 = $\geq 35\%$	2.5 = 30%-34%	5 = $< 30\%$
11-19 years (Female): 11-19 歲 (女)			15-19 years (Male): 15-19 歲 (男)		
0 = $\geq 34\%$	2.5 = 29%-33%	5 = $< 29\%$	0 = $\geq 37\%$	2.5 = 32%-36%	5 = $< 32\%$
ESR 紅血球沉降速率					Score 分數
0 = < 20 mm/hr		2.5 = 20-50 mm/hr		5 = > 50 mm/hr	
Albumin 白蛋白					Score 分數
0 = ≥ 3.5 g/dL		5 = 3.1-3.4 g/dL		10 = ≤ 3.0 g/dL	

Examination 檢查			
Weight 體重			Score 分數
0 = Weight gain or voluntary weight stable/loss 體重增加， 或刻意維持的體重/刻意減重	5 = Involuntary weight stable, weight loss 1%-9% 非刻意維持的體重，體重降低 1%-9%	10 = Weight loss $\geq 10\%$ 體重降低 10%	
Height at Diagnosis 診斷時身高			Score 分數
0 = < 1 channel decrease < 1 間距(channel)減少	5 = $\geq 1, < 2$ channel decrease < 2 間距(channel)減少	10 = > 2 channel decrease > 2 間距(channel)減少	
Height at Follow-Up 追蹤時身高			Score 分數
0 = Height velocity ≥ -1 SD 身高生長速度 ≥ -1 個標準差	5 = Height velocity < -1 SD, > -2 SD 身高生長速度介於-1~-2 個標準差	10 = Height velocity ≤ -2 SD 身高生長速度 ≤ -2 個標準差	
Abdomen 腹部			Score 分數
0 = No tenderness, no mass 沒有壓痛、沒有腫塊	5 = Tenderness or mass without tenderness 有壓痛，或有不痛的腫塊	10 = Tenderness, involuntary guarding, definite mass 有壓痛，觸診時不自主的防衛，有明顯的腫塊	
Perirectal Disease 直腸周邊的疾病			Score 分數
0 = None, asymptomatic tags 沒有，無症狀的贅瘤(表皮小肉球)	5 = 1-2 indolent fistula, scant drainage, no tenderness 1-2 個不痛的瘻管，少量流出分泌物，沒有壓痛	10 = Active fistula, drainage, tenderness, or abscess 活動性瘻管，有流出分泌物，有壓痛或是膿瘡	
Extraintestinal Manifestations 腸道外症狀			Score 分數
(Fever $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ for 3 days over past week, definite arthritis, uveitis, E. nodosum, P. gangrenosum) (在過去一周發燒 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 至少 3 天，關節炎，虹彩炎，結節性紅斑(Erythema nodosum)，壞疽性膿皮症(pyoderma gangrenosum))			
0 = None	5 = 1	10 = ≥ 2	
Total Score 總分:			