

(現行附表) 附表二-A 全民健康保險使用 r-TPA(Actilyse)或 Tenecteplase (Metalyse)申報表
(血管(不含腦血管)血栓病患用)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 懷疑有急性肺動脈栓塞 <input type="checkbox"/> 周邊血管血栓

診	<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞，符合以下各條件 <input type="checkbox"/> 確定診斷 <input type="checkbox"/> 發作在十二小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 近期中無腦血管疾病，手術及出血現象 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	診斷根據 <input type="checkbox"/> 臨床症狀 <input type="checkbox"/> 心電圖變化 <input type="checkbox"/> SGOT 升高 <input type="checkbox"/> CPK 升高 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈造影 <input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 在梗塞發作十二小時以內注射 發作時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 來診時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 開始注射時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 間隔 <input type="checkbox"/> 1 小時以內 <input type="checkbox"/> 1-2 小時 <input type="checkbox"/> 2-4 小時 <input type="checkbox"/> 4-6 小時 <input type="checkbox"/> 6-12 小時	
用量	<input type="checkbox"/> 2 瓶(100mg) <input type="checkbox"/> 1 瓶(50mg)	
心肌梗塞部位 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 中隔部 <input type="checkbox"/> 後壁		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

(修正附表) 附表二-A 全民健康保險使用 rt-PA(Actilyse)或 Tenecteplase (Metalyse)申報表
(血管(不含腦血管)血栓病患用)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 懷疑有急性肺動脈栓塞 <input type="checkbox"/> 周邊血管血栓

診	<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞，符合以下各條件 <input type="checkbox"/> 確定診斷 <input type="checkbox"/> 發作在十二小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 近期中無腦血管疾病，手術及出血現象 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	診斷根據 <input type="checkbox"/> 臨床症狀 <input type="checkbox"/> 心電圖變化 <input type="checkbox"/> SGOT 升高 <input type="checkbox"/> CPK 升高 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈造影 <input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 在梗塞發作十二小時以內注射 發作時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 來診時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 開始注射時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 間隔 <input type="checkbox"/> 1 小時以內 <input type="checkbox"/> 1-2 小時 <input type="checkbox"/> 2-4 小時 <input type="checkbox"/> 4-6 小時 <input type="checkbox"/> 6-12 小時	
用量	<input type="checkbox"/> 2 瓶(100mg) <input type="checkbox"/> 1 瓶(50mg)	
心肌梗塞部位 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 中隔部 <input type="checkbox"/> 後壁		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

(現行附表)附表二-B 全民健康保險使用 r-TPA(Actilyse)申報表(急性缺血性腦中風病患用)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別	年齡	出生日期	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

急性缺血性腦中風

診	<input type="checkbox"/> 急性缺血性腦中風，符合以下各條件	診斷根據
	<input type="checkbox"/> 確定診斷 <input type="checkbox"/> 發作在三小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 符合適應症 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	<input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 神經檢查(含 NIHSS) <input type="checkbox"/> 實驗室檢查 <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 其他
斷	<input type="checkbox"/> 在腦梗塞發作三小時以內注射 發作時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 來診時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 電腦斷層核磁共振完成時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 開始注射時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分	
實際用量： _____ mg		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

(修正附表) 附表二-B 全民健康保險使用 rt-PA(Actilyse)申報表(急性缺血性腦中風病患用)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別	年齡	出生日期	
身份證號		病歷號碼		體重	
藥品名稱		藥品代碼		申請數量	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			用法用量	

急性缺血性腦中風

診	<input type="checkbox"/> 急性缺血性腦中風，符合以下各條件	診斷根據
	<input type="checkbox"/> 確定診斷 <input type="checkbox"/> 發作在三小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 符合適應症 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	<input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 神經檢查(含 NIHSS) <input type="checkbox"/> 實驗室檢查 <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 其他
斷	<input type="checkbox"/> 在腦梗塞發作三小時以內注射 發作時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 來診時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 電腦斷層和核磁共振完成時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 開始注射時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分	
實際用量： _____ mg		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

(現行附表) 附表二-C 急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表

一、 收案條件 (必須均為”是”)

是 否

- 臨床懷疑是急性缺血性腦中風，中風時間明確在 3 小時內並已完成各項檢查。
- 腦部電腦斷層沒有顱內出血。
- 年齡在 18 歲到 80 歲之間。

二、 排除條件 (必須均為”否”)

是 否

- 輸注本藥前，缺血性發作的時間已超過 3 小時或症狀發作時間不明。
- 輸注本藥前，急性缺血性腦中風的症狀已迅速改善或症狀輕微。例如 NIHSS<4 分) (104/11/1)
- 臨床 (例如 NIHSS>25 分) 及/或適當之影像術評估為嚴重之中風 (電腦斷層大於 1/3 中大腦動脈灌流區之低密度變化)。
- 中風發作時併發癲癇。
- 最近 3 個月內有中風病史或有嚴重性頭部創傷。
- 過去曾中風且合併糖尿病。
- 中風發作前 48 小時內使用 heparin，目前病人活化部分凝血酶原時間(aPTT)之值過高。
- 血小板<100,000/mm³。
- 活動性內出血。
- 顱內腫瘤、動靜脈畸形或血管瘤。
- 收縮壓>185mmHg 或舒張壓>110mmHg，或需要積極的治療 (靜脈給藥) 以降低血壓至前述界限以下。
- 血糖<50mg/dL 或>400mg/dL。
- 目前或過去 6 個月內有顯著的出血障礙、易出血體質。
- 病人正接受口服抗凝血劑，如 warfarin sodium (INR>1.3)。
- 中樞神經系統損害之病史 (腫瘤、血管瘤、顱內或脊柱的手術)。
- 懷疑或證實包括蜘蛛膜下腔出血之顱內出血或其病史。
- 嚴重且未被控制的動脈高血壓。
- 過去 10 天內曾動過大手術或嚴重創傷 (包括最近之急性心肌梗塞所伴隨的任何創傷)、最近頭部或顱部曾發生創傷。
- 過久的或創傷性的心肺復甦術 (超過 2 分鐘)、分娩、過去 10 天內曾對無法壓制之部位施行血管穿刺 (如鎖骨下靜脈或頸靜脈穿刺)。

- 嚴重肝病，包括肝衰竭、肝硬化、肝門脈高壓（食道靜脈曲張）及急性肝炎。
- 出血性視網膜病變，如糖尿病性（視覺障礙可能為出血性視網膜病變的指標）或其他出血性眼疾。
- 細菌性心內膜炎，心包炎。
- 急性胰臟炎。
- 最近3個月內曾患胃腸道潰瘍。
- 動脈瘤，靜/動脈畸形。
- 易出血之腫瘤。
- 對本藥之主成分或賦型劑過敏者。
- 其他（例如在排除條件未提到但會增加出血危險狀況，如洗腎患者、嚴重心衰竭或身體太衰弱者）。

(修正附表) 附表二-C 急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表

三、 收案條件 (必須均為”是”)

是 否

- 臨床懷疑是急性缺血性腦中風，中風時間明確在 3 小時內並已完成各項檢查。
- 腦部電腦斷層沒有顱內出血。
- 年齡在 18 歲以上。

四、 排除條件 (必須均為”否”)

是 否

- 輸注本藥前，缺血性發作的時間已超過 3 小時或症狀發作時間不明。
- 輸注本藥前，急性缺血性腦中風的症狀已迅速改善或症狀輕微。例如 NIHSS<4 分) (104/11/1)
- 臨床 (例如 NIHSS>25 分) 及/或適當之影像術評估為嚴重之中風 (電腦斷層大於 1/3 中大腦動脈灌注區之低密度變化)。
- 中風發作時併發癲癇。
- 最近 3 個月內有中風病史或有嚴重性頭部創傷。
- 過去曾中風且合併糖尿病。
- 中風發作前 48 小時內使用 heparin，目前病人活化部分凝血酶原時間(aPTT)之值過高。
- 血小板<100,000/mm³。
- 活動性內出血。
- 顱內腫瘤、動靜脈畸形或血管瘤。
- 收縮壓>185mmHg 或舒張壓>110mmHg，或需要積極的治療 (靜脈給藥) 以降低血壓至前述界限以下。
- 血糖<50mg/dL 或>400mg/dL。
- 目前或過去 6 個月內有顯著的出血障礙、易出血體質。
- 病人正接受口服抗凝血劑，如 warfarin sodium (INR>1.3)。
- 中樞神經系統損害之病史 (腫瘤、血管瘤、顱內或脊柱的手術)。
- 懷疑或證實包括蜘蛛膜下腔出血之顱內出血或其病史。
- 嚴重且未被控制的動脈高血壓。
- 過去 10 天內曾動過大手術或嚴重創傷 (包括最近之急性心肌梗塞所伴隨的任何創傷)、最近頭部或顱部曾發生創傷。
- 過久的或創傷性的心肺復甦術 (超過 2 分鐘)、分娩、過去 10 天內曾對無法壓制之部位施行血管穿刺 (如鎖骨下靜脈或頸靜脈穿刺)。

- 嚴重肝病，包括肝衰竭、肝硬化、肝門脈高壓（食道靜脈曲張）及急性肝炎。
- 出血性視網膜病變，如糖尿病性（視覺障礙可能為出血性視網膜病變的指標）或其他出血性眼疾。
- 細菌性心內膜炎，心包炎。
- 急性胰臟炎。
- 最近3個月內曾患胃腸道潰瘍。
- 動脈瘤，靜/動脈畸形。
- 易出血之腫瘤。
- 對本藥之主成分或賦型劑過敏者。
- 其他（例如在排除條件未提到但會增加出血危險狀況，如洗腎患者、嚴重心衰竭或身體太衰弱者）。

(新增附表) 附表十八之四 全民健康保險血友病患者使用「第十三凝血因子」在家治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：第十三凝血因子缺乏之病人 預防性注射
輕度 中度 重度 其他 出血性注射

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空瓶數量及批號：_____ 確認人員簽名(章)：_____

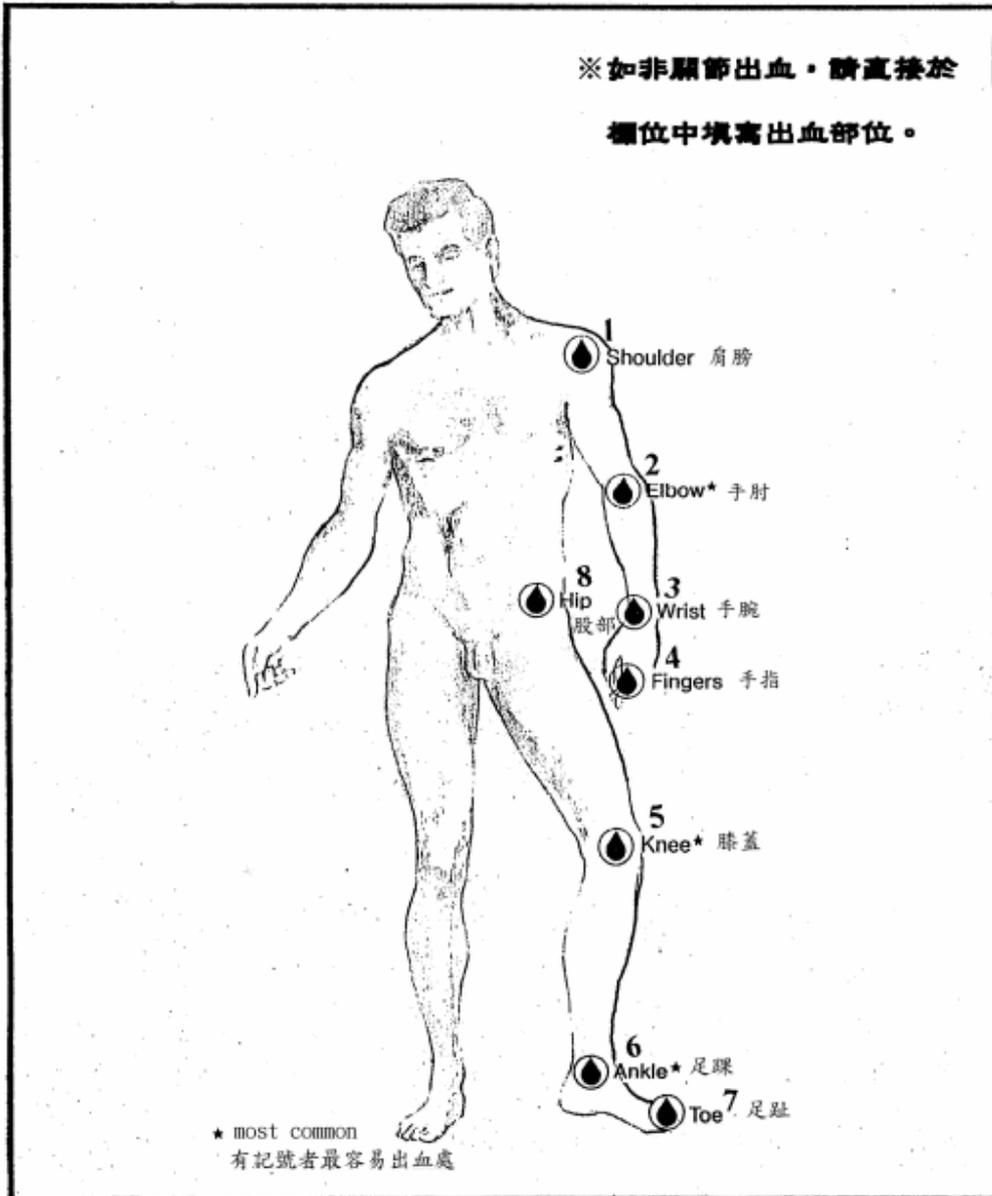
注射日	注射時間			注射瓶數 (瓶)	每瓶含量	出血原因		出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射後效果		注射後發生之不 適症狀	注射者簽名(章)
	(月/日)	上午	下午			時間 (時/分)	自發性出血	受傷後出血	代號或部位	左	右	改善		

備註：1. 病人於下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：250IUx2 瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。3. 出血部位說明請見背面圖示。3. 初次使用十三凝血因子，須經事前審查核准後方予給付。

Possible Sites of Joint Bleeding

關節可能出血的部位

※如非關節出血，請直接於
欄位中填寫出血部位。



(現行附表) 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)。

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

$$= \underline{\hspace{2cm}}$$

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」

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

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PASI 下降程度未達 50%
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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

(修正附表) 附表二十四之一：全民健康保險乾癬使用生物製劑申請表

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)。

$$\begin{aligned}
 \text{PASI} &= 0.1 * (_ + _ + _) * _ + 0.3 * (_ + _ + _) * _ + \\
 &\quad 0.2 * (_ + _ + _) * _ + 0.4 * (_ + _ + _) * _ \\
 &= \underline{\hspace{2cm}}
 \end{aligned}$$

暫緩續用後疾病再復發之重新申請：

- 符合至少有 50% 復發 (需附上次療程治療前、後，及本次照片)。

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。

上次申請之生物製劑使用時間及使用劑量：

使用生物製劑	使用劑量	使用時間	PASI 治療前後數值
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	

無「需排除或停止使用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 <u>生物製劑</u> 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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，不可使用生物製劑〉，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。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PASI 下降程度未達 50%
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 <u>生物製劑期間</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)
<input type="checkbox"/> <u>無「需暫緩續用之情形」</u>	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用生物製劑治療 2 年後符合 $PASI \leq 10$ (生物製劑使用/轉用時間計算方式之定義請參照給付規定)

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/ 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」

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

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PASI 下降程度未達 50%
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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

(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)使用生物製劑申請表

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)

1. 符合範圍 $\geq 75\%$ 體表面積，且病史超過 1 年。
2. 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	

3. 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

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)。

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

= _____

暫緩續用後疾病再復發之重新申請：

- 符合至少有 50% 復發 (需附上次療程治療前、後，及本次照片)。

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。

上次申請之生物製劑使用時間及使用劑量：

使用生物製劑	使用劑量	使用時間	PASI 治療前後數值
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	

無「需排除或停止使用之情形」

- 是
 否

是否有生物製劑仿單記載之禁忌情形。

- 是
 否

婦女是否正在懷孕或授乳。

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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，不可使用生物製劑〉，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。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PASI 下降程度未達 50%
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 <u>生物製劑期間</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)
<input type="checkbox"/> 無「 <u>需暫緩續用之情形</u> 」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用生物製劑治療 2 年後符合 $PASI \leq 10$ (生物製劑使用/轉用時間計算方式之定義請參照給付規定)

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) 附表三十一：全民健康保險使用 abatacept 申請表
(六歲至十七歲兒童)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身份證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日
<input type="checkbox"/> 符合曾經接受抗腫瘤壞死因子拮抗劑治療，但未達療效（請附治療前後關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告） <input type="checkbox"/> Etanercept _____ mg/ week					
	評估時間_____年_____月_____日		評估時間_____年_____月_____日		
腫脹關節	請詳列關節於下		請詳列關節於下		
疼痛或壓痛關節	請詳列關節於下		請詳列關節於下		
活動範圍受到限制關節	請詳列關節於下		請詳列關節於下		
腫脹關節的總數					
疼痛或壓痛關節的總數					
活動範圍受到限制的關節總數					
醫師的整體評估					
紅血球沈降速率(ESR)					
CRP (mg/dL)					
<input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> Etanercept _____ mg/week 引起之不良事件: _____ _____ _____					
<input type="checkbox"/> 符合「須排除或停止 abatacept 使用之情形」					
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否有 abatacept 仿單記載之禁忌情形。			
<input type="checkbox"/> 是		病患是否懷孕或正在授乳。			

<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性的感染症。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	未經完整治療之結核病的患者（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）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患身上是否帶有人工關節，罹患或先前曾罹患敗血症（sepsis）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆（pre-malignancy）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否有免疫功能不全。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 abatacept 療效不彰：經過 6 個月治療後，未達療效反應標準或有惡化現象。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 abatacept 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)：_____

內科專科醫師證書：內專醫字第_____號

風濕病專科醫師證書：中僂專醫字第_____號 醫事機構章戳：

小兒科專科醫師證書：兒專醫字第_____號

小兒過敏免疫專科醫師證書：專醫字第_____號

(修正附表) 附表三十一：全民健康保險使用 abatacept 申請表
(六歲以上兒童)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身份證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日
<input type="checkbox"/> 符合曾經接受抗腫瘤壞死因子拮抗劑治療，但未達療效（請附治療前後關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告） <input type="checkbox"/> Etanercept _____ mg/ week					
		評估時間	_____年_____月_____日	評估時間	_____年_____月_____日
腫脹關節		請詳列關節於下		請詳列關節於下	
疼痛或壓痛關節		請詳列關節於下		請詳列關節於下	
活動範圍受到限制關節		請詳列關節於下		請詳列關節於下	
腫脹關節的總數					
疼痛或壓痛關節的總數					
活動範圍受到限制的關節總數					
醫師的整體評估					
紅血球沈降速率(ESR)					
CRP (mg/dL)					
<input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> Etanercept _____ mg/week 引起之不良事件: _____ _____ _____					
<input type="checkbox"/> 符合「須排除或停止 abatacept 使用之情形」					
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否有 abatacept 仿單記載之禁忌情形。			
<input type="checkbox"/> 是		病患是否懷孕或正在授乳。			

<input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性的感染症。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	未經完整治療之結核病的患者（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）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患身上是否帶有人工關節，罹患或先前曾罹患敗血症（sepsis）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆（pre-malignancy）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否有免疫功能不全。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 abatacept 療效不彰：經過 6 個月治療後，未達療效反應標準或有惡化現象。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 abatacept 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)：_____

內科專科醫師證書：內專醫字第_____號

風濕病專科醫師證書：中僂專醫字第_____號 醫事機構章戳：

小兒科專科醫師證書：兒專醫字第_____號

小兒過敏免疫專科醫師證書：專醫字第_____號