

附表二-D 使用健保給付 PCSK9 血脂調節劑事前審查申請表

修訂日期：109/4/1

一、申請者資料

申請醫院：_____ 醫院代碼：_____

填表日期：_____年_____月_____日 填表人員：_____ 聯絡電話：_____

申請醫師：_____（醫師證書字號_____）

本次申請日期：_____年_____月_____日 首次申請日期：_____年_____月_____日

二、病人資料

姓名：_____ 性別：男 女 身分證（護照）字號：_____出生日期：_____年_____月_____日 保險身分：健保 非健保 醫院病歷號碼：_____

聯絡電話：_____、_____、_____

居住地址：（縣市：_____）

三、申請使用 PCSK9 血脂調節劑原因

3.1 重大心血管疾病（必要條件）

以下診斷至少需符合一項，首次申請限給付於在發病後一年內開始使用最大耐受劑量 statin 之病人

 心肌梗塞 動脈硬化相關之缺血性腦中風發作 接受冠狀動脈或其他動脈血管再通術（Revascularization）

發病日期：_____年_____月_____日

3.2 符合 PCSK9 血脂調節劑原因 以下條件至少需符合一項（必要條件）

(1) 經使用高強度 statin（如 rosuvastatin 20mg 或 atorvastatin 40 mg（含）以上）或病人可耐受之最大劑量的 statin 三個月（含）以上且之後再合併使用 ezetimibe 10 mg 三個月（含）以上，LDL-C 仍高於 135 mg/dL 之成人病人

甲、所使用最大耐受劑量之 statin 三個月（含）以上，之後加上 ezetimibe 三個月（含）以上

Rosuvastatin 20 mg Atorvastatin 40 mg (含) 以上

治療期間：_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日

如未達上述劑量，請詳述最大耐受劑量之 statin 和原因

乙、Ezetimibe 治療期間：_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日

(2)病人有下列 statin 禁忌症且持續使用 Ezetimibe 治療三個月，LDL-C 仍高於135mg/dL

藥物過敏，請說明使用之成分名稱、藥品名稱及健保代碼，和所提報之過敏反應及其發病過程佐證資料

活動性肝病變，請詳附佐證資料

Ezetimibe 治療期間：_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日

(3)診斷為對 statin 不耐受之患者，且持續使用 Ezetimibe 治療三個月，LDL-C 仍高於135mg/dL

甲、Statin 之副作用為何？

確認為嚴重橫紋肌溶解症，只需一種 statin 即可以診斷 statin 不耐受
(請詳附佐證資料)

肌肉或肝臟相關副作用或疾病 (需符合中華民國血脂及動脈硬化學會2019年之共識規定¹，Myalgia score for statin intolerance 須大於8分，請附相關佐證資料)

其他

乙、同時是否有確認對“兩種” statin 產生上述副作用 (檢附病歷紀錄)，其中一種是在最低有效劑量²下均有不耐受之情況？ (需註明藥品成分、藥品名稱及健保代碼)

第1種 statin _____劑量_____。

第2種 statin _____劑量_____。

備註：

1. 中華民國血脂及動脈硬化學會2019年之共識規定：Chien S-C et al., 2019 Taiwan Society of Lipids and Atherosclerosis expert consensus

statement on statin intolerance, Journal of the Formosan Medical Association, <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.11.017>

2. 每日最低有效劑量之定義依2019臺灣 statin intolerance 共識會議為仿單上最低劑量，定義為 rosuvastatin 5 mg, atorvastatin 10 mg, pravastatin 10 mg, lovastatin 20 mg, fluvastatin 20 mg, pitavastatin 1 mg, simvastatin 5 mg。另最低有效劑量可採每週累積之最低劑量計算結果。
reference: J Formos Med Assoc. 2018. doi: 10.1016/j.jfma.2018.11.017.

3.3 申請前一年內所有 LDL-C 之報告（首次申請者填寫）

第一次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

第二次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

第三次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

第四次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

3.4 首次使用 PCSK9 調節劑治療前之 LDL-C 報告及前次治療期間所有 LDL-C 之報告（再次申請者填寫）

首次使用前 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

治療後：第一次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

第二次 LDL-C 為_____mg/dL，檢測日期為_____年_____月_____日。

四、申請使用 PCSK9 血脂調節劑種類

因上述原因得申請 PCSK9 血脂調節劑治療，最高劑量為每兩週使用1支。本類藥品不可同時使用，僅得擇一申請。申請藥物為

Praluent 保脂通（Alirocumab），兩週限使用1支

Repatha 瑞百安（Evolocumab），兩週限使用1支

- 預防性注射
- 出血時注射
- 免疫耐受治療

附表十八之一 全民健康保險血友病患者使用「第八、第九凝血因子」在家治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：A型血友病 輕度 中度 重度 其他
B型血友病 輕度 中度 重度

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

繳回空瓶數量及批號：_____ 上次家中剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/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)
	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	未改善		

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：500IUx2瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認(包含回收空瓶日期及總結存量等)，並請確認人員簽名(章)。

3. 出血部位說明請見背面圖示。

備註：灰底部分為新修訂規定

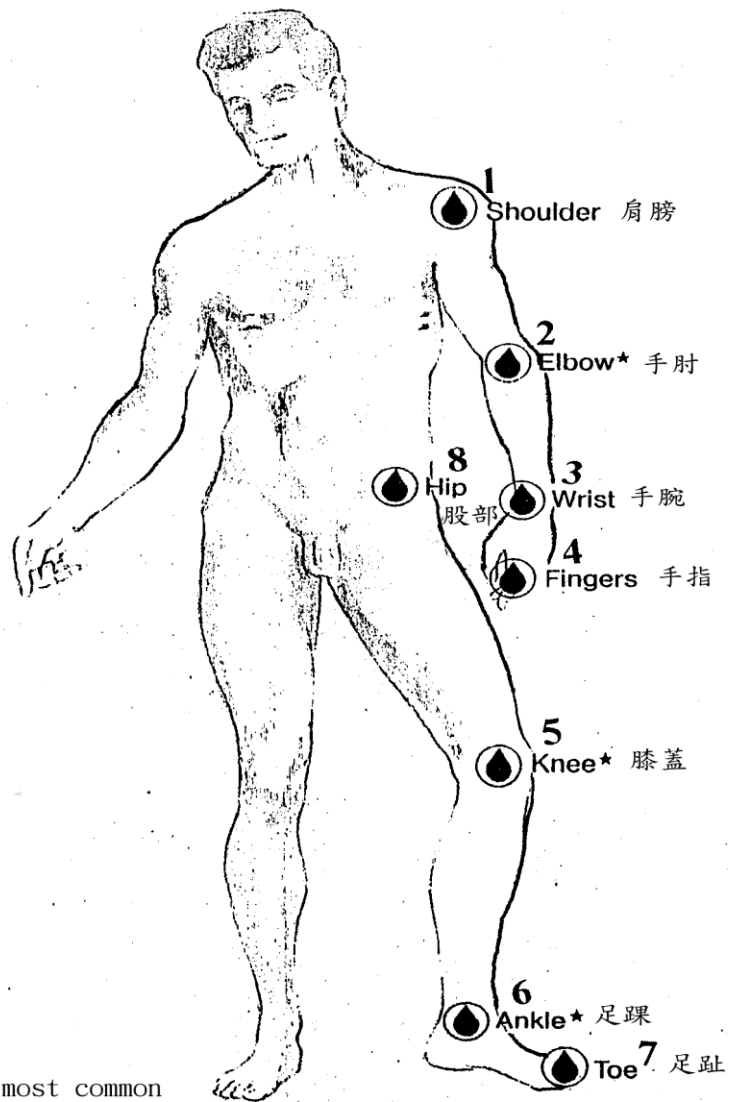
回收空瓶日期：_____

總結存量(瓶)：

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。



★ most common
有記號者最容易出血處

預防性注射

出血時注射

修正附表

附表十八之二 全民健康保險血友病患者使用「繞徑治療藥物」在家治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：A型血友病合併第八因子抗體 其他
B型血友病合併第九因子抗體

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

繳回空瓶數量及批號：_____ 上次家中剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/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)
	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	未改善		

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：500IUx2瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認(包含回收空瓶日期及總結存量等)，並請確認人員簽名(章)。
3. 出血部位說明請見背面圖示。

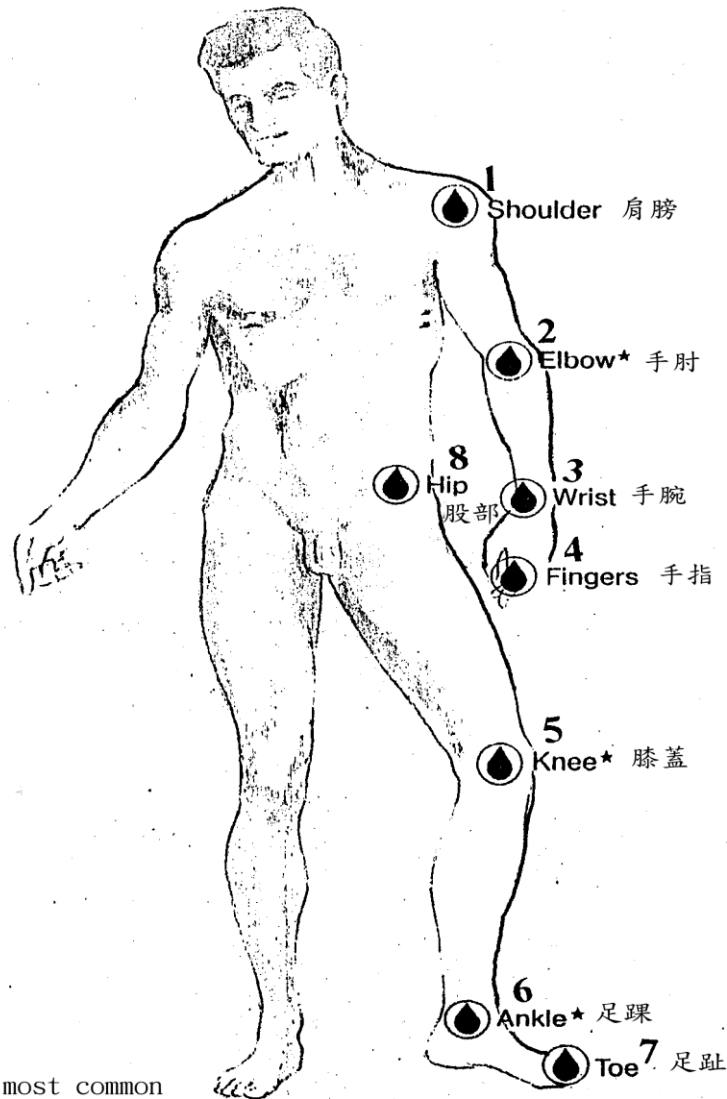
回收空瓶日期：_____ 總結存量(瓶)：_____

備註：灰底部分為新修訂規定

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。



預防性注射

出血時注射

修正附表

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

輕度 中度 重度 其他

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

繳回空瓶數量及批號：_____ 上次家中剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 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：500IUx2瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認(包含回收空瓶日期及總結存量等)，並請確認人員簽名(章)。
3. 出血部位說明請見背面圖示。
4. 初次使用十三凝血因子，須經事前審查核准後方予給付。

回收空瓶日期：_____

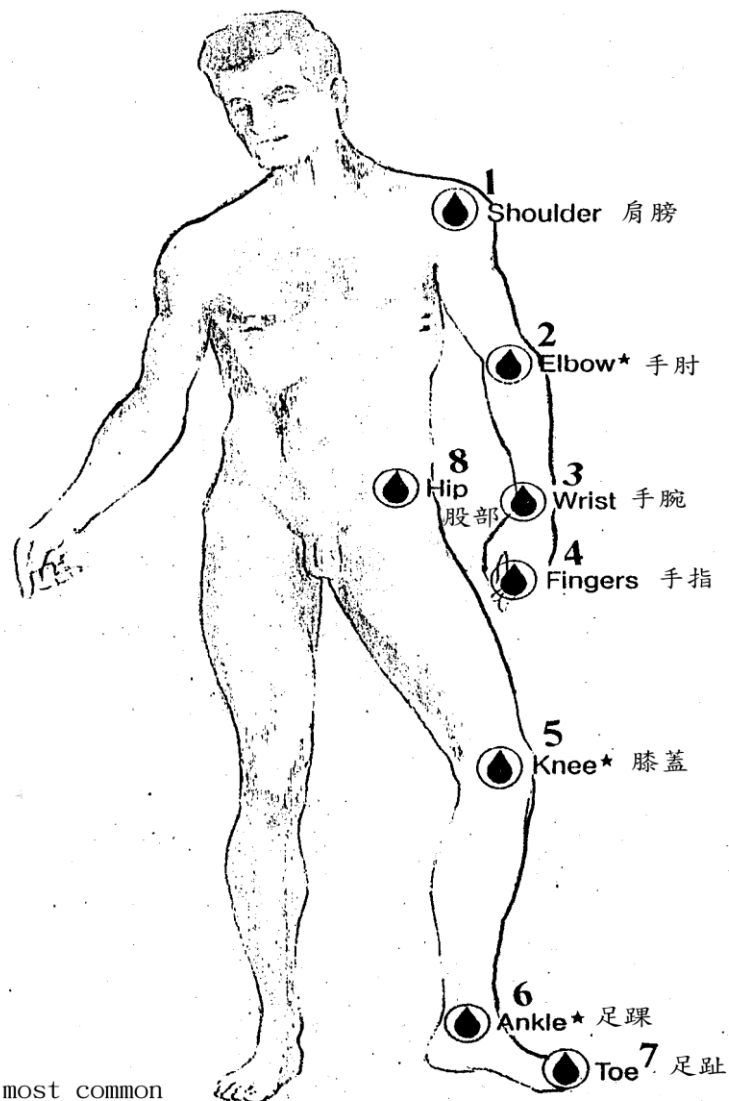
總結存量(瓶)：_____

備註：灰底部分為新修訂規定

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。



★ most common
有記號者最容易出血處

預防性注射

出血時注射

新增附表

附表十八之六 全民健康保險血友病患者使用「雙特異性單株抗體藥物」在家治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：A型血友病合併第八因子抗體 其他
B型血友病合併第九因子抗體

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

繳回空瓶數量及批號：_____ 上次家中剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/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)
	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	未改善		

備註：

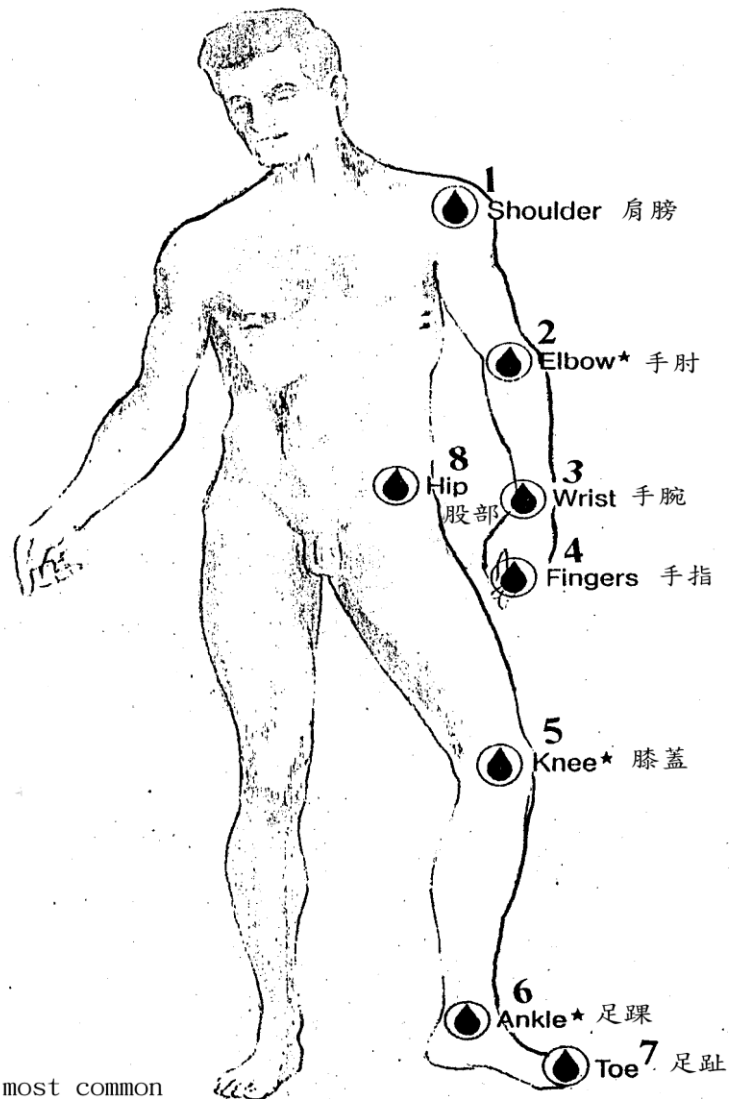
1. 病人於下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。
2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：500IUx2瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認(包含回收空瓶日期及總結存量等)，並請確認人員簽名(章)。
3. 出血部位說明請見背面圖示。

回收空瓶日期：_____ 總結存量(瓶)：_____

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。



★ most common
有記號者最容易出血處

附表二十二之一：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用生物製劑^註申請表(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

 符合下列所有條件：

- 經內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者診斷為乾癬性關節炎患者。
- 曾經皮膚科醫師診斷為乾癬患者，或經皮膚切片診斷為乾癬患者。
- 三個或是三個以上的疼痛關節及三個或三個以上的腫脹關節，且至少間隔一個月或一個月以上之連續兩次評估均符合上述條件。(需附關節腫脹相關 X-光片或照片輔証)。

 已先使用非類固醇類消炎止痛劑(NSAIDs)及疾病修飾治療藥物(DMARDs)。

且曾經使用過至少2種疾病修飾治療藥物(DMARDs)進行充分的治療，但療效不彰。
(定義請參照給付規定)

(1)DMARD1 藥名 _____ 劑量 _____ 使用期限 _____

副作用說明 _____

(2)DMARD2 藥名 _____ 劑量 _____ 使用期限 _____

副作用說明 _____

(3)DMARD3 藥名 _____ 劑量 _____ 使用期限 _____

副作用說明 _____

 符合繼續使用之療效評估：

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，方得繼續使用。

- 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

註：全民健康保險乾癬性周邊關節炎申請 Ustekinumab/ixekizumab 使用附表二十二之六

附表二十二之一：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用生物製劑申請表(第二頁)

<input type="checkbox"/> 無「需排除或停止生物製劑使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有藥名_____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或有 B 肝、C 肝活動性感染或結核病。
<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. 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。
<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	病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiplesclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用藥名_____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：

內科專科醫師證書：內專字第_____號

風濕病專科醫師證書：中樓字第_____號

免疫專科醫師證書：中免專字第_____號

附表二十二之四：全民健康保險乾癬性脊椎病變使用生物製劑申請表(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

符合下列所有條件：

1. 經內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者診斷為乾癬性關節炎患者。
2. 曾經皮膚科醫師診斷為乾癬者，或經皮膚切片診斷為乾癬患者。
3. 下列三條件至少需符合二項
 - (1) 下背痛及晨間僵硬的症狀持續3個月以上
 - (2) 腰椎前屈活動受限
 - (3) 胸廓擴張受限
4. X光(plainXRay)檢查需有薦腸關節炎：單側性二級以上、附有報告影印及X光影像光碟。
5. 病患必須曾使用過至少2種(NSAIDs)進行充分的治療，但療效不彰。(定義請參照給付規定)

NSAID1藥名_____劑量_____使用期限_____

NSAID2藥名_____劑量_____使用期限_____
6. 活動性疾病持續四週以上。(需連續二次檢查BASDAI 6、ESR>28mm/1hr且CRP>1mg/dL，且二次檢查之間隔需經過至少4周以上充分治療)

評估日期____年____月____日____年____月____日

BASDAI分數_____

ESR(mm/1hr)_____

CRP(mg/dL)_____

符合繼續使用之療效評估：

1. 初次使用者治療12週評估BASDAI：與使用前比較，出現50%以上的進步或減少2分以上，方得繼續使用。
2. 繼續使用者，需每12週評估一次，再次提出申請續用。
申請續用者，請填寫初次使用治療藥名_____前之BASDAI分數
BASDAI分數：_____ (評估日期：____年____月____日)

附表二十二之四：全民健康保險乾癬性脊椎病變使用生物製劑申請表(第二頁)

<input type="checkbox"/> 無「需排除或停止生物製劑使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有藥名_____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或有B肝、C肝活動性感染或結核病。
<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. 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。
<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	病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiplesclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用藥名_____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：內專字第_____號

風濕病專科醫師證書：中僂字第_____號

免疫專科醫師證書：中免專字第_____號

醫事機構章戳：

附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 Ustekinumab/Ixekizumab 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
- Secukinumab mg/ month

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

 符合腫瘤壞死因子(TNF)抑制或 Secukinumab 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：_____

 Secukinumab

_____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/Ixekizumab 申請表(第二頁)

<input type="checkbox"/> 符合繼續使用之療效評估：	
<p>療效定義：初次申請後，Ustekinumab 於24週評估(Ixekizumab12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。</p>	
<input type="checkbox"/> 疼痛關節的關節總數較原基礎值改善。	
<input type="checkbox"/> 腫脹關節的關節總數較原基礎值改善。	
<input type="checkbox"/> 醫師的整體評估較原基礎值改善。	
<input type="checkbox"/> 病患的整體評估較原基礎值改善。	
<input type="checkbox"/> 上述4種指標皆無惡化。	
<p>註：改善之定義請參照給付規定</p>	
<input type="checkbox"/> 無「需排除或停止 ustekinumab/ixekizumab 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有藥名_____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或有 B 肝、C 肝活動性感染或結核病。
<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： <ol style="list-style-type: none"> 慢性腿部潰瘍。 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）。 過去12個月內曾罹患感染性關節炎者。 曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，不可使用。 頑固性或復發性的胸腔感染疾病。 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	病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiplesclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 ustekinumab/ixekizumab 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)

附表二十三：全民健康保險使用 rituximab 申請表

初次治療

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
 Etanercept _____mg/week DAS28總積分下降程度 < 1.2
 Adalimumab _____mg/twoweeks DAS28總積分仍 ≥ 3.2者
 Golimumab _____mg/month
 (請檢附使用 etanercept、adalimumab 或 golimumab 六個月或以上之病歷影本)

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/twoweeks 引起之不良事件: _____

Golimumab
 _____mg/month 引起之不良事件: _____

HBsAg + - Anti-HCV + -

符合「須排除或停止 rituximab 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 rituximab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否對 rituximab 過敏。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患重度活動性感染症。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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)。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患重度心衰竭 (NewYorkHeartAssociationclassIV)。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。

重複療程

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

使用 rituximab 療效：

(申請第1次重複療程者，填寫初次療效；申請第2次以上重複療程者，填寫前兩次療效)

Day1 ___年___月___日 mg, DAS28總積分

Day15 ___年___月___日 mg,

Week21 ___年___月___日, DAS28總積分

DAS28總積分下降程度 ≥ 1.2 (下降_____分)，或 DAS28總積分 < 3.2 者

Day1 ___年___月___日 mg, DAS28總積分

Day15 ___年___月___日 mg(給藥時機為 DAS28總積分 ≥ 3.2

者，或 DAS28總積分上升 ≥ 0.6)

Week21 ___年___月___日, DAS28總積分

DAS28總積分下降程度 ≥ 1.2 (下降_____分)，或 DAS28總積分 < 3.2 者

(請檢附當時申報 rituximab 之相關資料)

治療過程中是否發生不良事件(請說明不良事件:如肝炎或嚴重感染等,及不良事件發生之時間):

符合「須排除或停止 rituximab 使用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 rituximab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否對 rituximab 過敏。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患重度活動性感染症。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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)。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患重度心衰竭(NewYorkHeartAssociationclassIV)。
<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	使用 rituximab 發生不良事件(如藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

28處關節疾病活動度評估〈DiseaseActivityScore, DAS28〉

	評估時間____年____月____日 DAS28積分：_____				評估時間____年____月____日 DAS28積分：_____			
	右		左		右		左	
	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹
肩關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手肘關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手腕關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姆指指間關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膝關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
觸痛關節之總數(左邊+右邊)								
腫脹關節之總數(左邊+右邊)								
紅血球沉降速率	毫米/小時				毫米/小時			
整體健康狀態評估								

整體健康狀態評估(generalhealthassessment)：100mm 圖像模擬量表中所呈現的整體健康狀態。

申請醫師(簽名蓋章)：_____醫事機構章戳：

內科專科醫師證書：內專字第_____號

風濕病專科醫師證書：中僂專字第_____號

免疫專科醫師證書：中免專字第_____號

附表二十六之一 全民健康保險克隆氏症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

符合下列所有條件：

診斷為克隆氏症且領有該症重大傷病卡，有效期限：____年____月至____年____月

符合下列條件之一，且附上影像診斷評估報告。

一、經5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療超過六個月，仍然無法控制病情(CDAI \geq 300)或產生嚴重藥物副作用時，且病況不適合手術者。

無法控制病情 (CDAI 分數：_____)

產生嚴重藥物副作用：藥名_____時間_____

副作用說明：_____

不適合手術之原因：_____

二、經5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及免疫抑制劑充分治療超過六個月，或外科手術治療，肛門周圍瘻管或腹壁瘻管仍無法癒合且 CDAI \geq 100者。

瘻管無法癒合 (CDAI 分數：_____)，自____年____月起

三、經5-aminosalicylic acid 藥物如、類固醇、及免疫抑制劑充分治療，仍於一年內因克隆氏症之併發症接受二次(含)以上之手術治療且 CDAI \geq 100者。

一年內因克隆氏症併發症接受二次(含)以上之手術____年____月與____年____月

符合繼續使用之療效評估：

初次使用者：adalimumab、或 infliximab、或 vedolizumab 治療第三劑後、或 ustekinumab 治療第一劑後，達到有效緩解或部份有效緩解之誘導，誘導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。

達到有效緩解之誘導 (CDAI \leq 150或瘻管痊癒)

達到部份有效緩解之誘導 (CDAI 分數下降 \geq 100或瘻管數量減少)

緩解誘導之使用期間：____年____月至____年____月

繼續使用者：adalimumab 需每24週(使用12劑)；infliximab 需每16週(使用2劑)或24週(使用3劑)；vedolizumab 需每16週(使用2劑)或24週(使用3劑)評估一次；ustekinumab 需每24週(使用2劑)。評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 CDAI 分數。

adalimumab 治療期滿54週(使用28劑)；infliximab 治療期滿46週(使用8劑)；vedolizumab 治療期滿46週(使用8劑)；ustekinumab 治療期滿44週(使用5劑)，再提出續用者，必須距離前次生物製劑治療結束間隔3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(惟其中經5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療，連續超過3個月)。

<input type="checkbox"/> 符合「須排除或停止生物製劑使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有_____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	病患是否有活動性感染症。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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）。
<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.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。
<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	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用_____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：

附表二十九之一 全民健康保險新生血管抑制劑(Anti-angiogenic agents)										<input type="checkbox"/> 送核		受 理	日期	
事前審查申請表(DME、CRVO、CNV、BRVO)										<input type="checkbox"/> 申覆			編號	
醫 療 機 構	名稱		保 險	姓名		出生 日期	年 月 日	原受理編 號		預定實施 日期	年 月 日			
	代號		對 象	身分證 統一編號		科 別		<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷 號碼		申請醫師姓名 身分證號			
ICD-10-CM 代碼		<input type="checkbox"/> DME: _____ <input type="checkbox"/> CNV: _____ <input type="checkbox"/> CRVO: _____ <input type="checkbox"/> BRVO: _____					使用日期		年 月 日至 年 月 日					
藥品名稱及代碼		申請適應症、類別及數量			檢附資料			用法用量		健保署核定欄				
<input type="checkbox"/> ranibizumab <input type="checkbox"/> aflibercept		<input type="checkbox"/> DME：限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。第一次申請以5支為限，每眼上限為8支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申請(支) <input type="checkbox"/> 第__次申復 <input type="checkbox"/> CNV：限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。申請以一次為限，每眼最多給付3支，申請核准後有效期限為5年。 <input type="checkbox"/> CRVO：限 ranibizumab 及			<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 1、 病眼最佳矯正視力： 2、 1個月內有效之 <input type="checkbox"/> fluorescein angiography (FAG) <input type="checkbox"/> optical coherence tomography (OCT) <input type="checkbox"/> 彩色眼底照片 3、 DME需另行檢附： <input type="checkbox"/> 中央視網膜厚度: _____ μ m <input type="checkbox"/> 近3個月之 HbA1c 數值: _____					<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符給付規定。 <input type="checkbox"/> 下列需排除之情況未排除： <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全，補附資料再審，請補充以下資料：				

	<p>aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付</p> <p>dexamethasone 眼後段植入劑者。第一次申請以3支為限，每眼上限為7支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢</p> <p><input type="checkbox"/> 第一次申請(支)</p> <p><input type="checkbox"/> 第__次申請(支)</p> <p><input type="checkbox"/> 第__次申復</p> <p><input type="checkbox"/> BRVO：限 ranibizumab 及 aflibercept 申請。第一次申請以3支為限，每眼上限為7支，須於第一次申請核准後5年內使用完畢</p> <p><input type="checkbox"/> 第一次申請(支)</p> <p><input type="checkbox"/> 第__次申請(支)</p> <p><input type="checkbox"/> 第__次申復</p>	<p>4、 CRVO、BRVO需另行檢附：</p> <p><input type="checkbox"/> 中央視網膜厚度：____μm</p> <p>5、 CNV 需另行檢附：</p> <p><input type="checkbox"/> 近視度數_____。</p> <p><input type="checkbox"/> 眼軸長_____mm。</p> <p><input type="checkbox"/> 因 CNV 病變而導致動態滲漏或中央視網膜內或視網膜下液。</p> <p>6、 前次申請資料(已核准1次之後申請者)</p>		<p><input type="checkbox"/> 其他：</p>	
<p>注意事項</p>	<p>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，請逕向健保署各分區業務組申請審核。</p> <p>2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。</p> <p>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全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。</p> <p>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。</p>			<p>衛生福利部中央健康保險署</p> <p>日期章戳</p>	<p>審查醫師</p>

<p>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保爭議審議委員會申請審議。</p> <p>6. 對核定結果有異議者，應循上述申複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。</p> <p>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。</p> <p>8. 經核准使用者，醫令申報請選擇符合適應症之 ICD-10-CM 代碼申報，以利檢討及統計。</p>									
醫事 服務 機構	負責醫師 印信	申請日期： 年 月 日 文號：	承 辦 人		複 核		科 長		決 行

附表二十九之二全民健康保險新生血管抑制劑(Anti-angiogenic agents)										<input type="checkbox"/> 送核		受 理	日期		
事前審查申請表(wAMD、PCV)										<input type="checkbox"/> 申覆			編號		
醫 療 機 構	名稱		保 險 對 象	姓名		出生 日期	年	月	日	原受理編 號		預定實施 日期	年	月	日
	代號			身分證 統一編號		科 別		<input type="checkbox"/> 門診	病歷 號碼		申請醫師姓名		身分證號		
ICD-10-CM 代碼		<input type="checkbox"/> wAMD: _____ <input type="checkbox"/> PCV: _____				使用日期		年 月 日至 年 月 日							
藥品名稱及代碼		申請適應症、類別及數量			檢附資料			用法用量		健保署核定欄					
<input type="checkbox"/> ranibizumab <input type="checkbox"/> aflibercept		<input type="checkbox"/> wAMD：ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。第一次申請時以8支為限，第二次申請為3支，第三次申請3支，每眼給付以14支為限，須於第一次申請核准後5年內使用完畢 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申復(支) <input type="checkbox"/> PCV：限 verteporfin、aflibercept 及 ranibizumab 擇一申請。verteporfin 每次申請給			<input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼 第一次： 1. 申請前一個月內有效之矯正視力(介於0.05-0.5(含)之間) 2. 彩色眼底照片 3. Fluorescein angiography (FAG) 4. Optical coherence tomography (OCT) 5. Indocyanone green angiography (ICGA)，PCV患者檢附。 6. 相關病歷紀錄資料 第二次以後：需檢附先前之完整申請資料					<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符給付規定。 <input type="checkbox"/> 下列需排除之情況未排除： <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全，補附資料再審，請補充以下資料：					

	付1支，每眼上限為3支； aflibercept 及 ranibizumab 第一次申請 時以8支為限，第二次申請 為3支，第三次申請3支， 每眼給付以14支為限 <input type="checkbox"/> 第一次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申請(支) <input type="checkbox"/> 第 次申復(支)	1. 申請前一個月內有效之矯正視力 (介於0.05-0.5(含)之間) 2. 彩色眼底照片 3. OCT(或OCTA) 4. 相關病歷紀錄資料 5. ICGA、FAG事前審查時要求補 附才需檢附。		<input type="checkbox"/> 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，請逕向健保署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保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果有異議者，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。 8. 經核准使用者，醫令申報請選擇符合適應症之 ICD-10-CM 代碼申報，以利檢討及統計。			衛生福利部中央健康保險署 日期章戳	審查 醫師	

附表三十二之一：全民健康保險異位性皮膚炎使用 dupilumab 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(全身性)治療無效(治療需6個月完整療程)，或因醫療因素而無法接受其他系統性(全身性)治療之全身慢性、重度異位性皮膚炎：(定義請參照給付規定)
- 符合 Eczema area severity index (EASI) ≥ 20 且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需 $\geq 30\%$ ，且「Investigator's Global Assessment (IGA):3~4」之全身慢性異位性皮膚炎。(檢附至少6個月病歷影本與相關照片，得合併他院就診病歷)
- 符合照光治療無效(檢附詳細3個月照光劑量記錄)。
 - 符合其他系統性(全身性)治療無效(目前未達 EASI 申請標準者，需同時附治療前後資料)。

至少2種其他系統性(全身性)用藥之使用時間、劑量及停用理由(患者目前體重: _____ kg)

	使用劑量	使用時間	停用理由
Azathioprine (體重: _____ kg)	_____mg/day	____年__月__日至 ____年__月__日	
Methotrexate	_____mg/week	____年__月__日至 ____年__月__日	
Cyclosporin (體重: _____ kg)	_____mg/day	____年__月__日至 ____年__月__日	

- 患者不曾核准使用治療乾癬之生物製劑，或曾有乾癬但症狀消失已達至少兩年，或申請前已切片排除乾癬診斷，並經皮膚科專科醫師確立目前為異位性皮膚炎診斷。
- 因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療。請詳述原因：

3. 符合全身慢性重度之異位性皮膚炎(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)。

4. 異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數 [Eczema Area Severity Index] ≥ 20 。

$$\text{第一次 EASI} = 0.1 * (_ + _ + _ + _) * _ + 0.2 * (_ + _ + _ + _) * _ + 0.3 * (_ + _ + _ + _) * _ + 0.4 * (_ + _ + _ + _) * _ = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$\text{第二次 EASI} = 0.1 * (_ + _ + _ + _) * _ + 0.2 * (_ + _ + _ + _) * _ + 0.3 * (_ + _ + _ + _) * _ + 0.4 * (_ + _ + _ + _) * _ = \underline{\hspace{2cm}}$$

註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

5. 異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需 $\geq 30\%$

6. Investigator's Global Assessment (IGA):3-4。

暫緩續用後疾病再復發之重新申請：

符合至少有 EASI $\geq 50\%$ 復發或 EASI ≥ 20 (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

於初次療程之第16週先行評估時，至少有 EASI 50療效，方可使用。

重複療程

1. 再次申請時，符合下列條件之一：

i. 與初次治療前之療效達 EASI 50；

ii. 暫緩續用後至少有50%復發或 EASI ≥ 20 (需附上次療程治療前、後及本次照片)。

2. 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 dupilumab 使用時間及使用劑量：

使用生物製劑	使用劑量	使用時間	EASI 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	

符合「需排除或停止使用之情形」

是

否

病患是否罹患惡性腫瘤。

是

否

婦女是否正在懷孕或授乳。

是

否

病患是否罹患寄生蟲(蠕蟲)感染。

符合「需暫緩續用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用生物製劑 dupilumab 治療1年後符合 EASI < 20
--	---

申請醫師（簽名蓋章）：

醫事機構章戳：

專科醫師證書：_專字第_____號

附表三十三 全民健康保險遺傳性血管性水腫患者使用 Icatibant 治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤
 領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量(針)：_____ 藥品名稱及批號：
 繳回空針數量及批號：_____ 確認人員簽名(章)：

注射日 (月/日)	注射時間			注射後效果		注射後發生之不適症狀	注射者簽名(章)
	上午	下午	時間(時/分)	改善	未改善		

備註：

1. 領藥量請詳記藥品針數，使用空針於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認，並請確認人員簽名(章)。
2. 本藥品貯存方式：25°C以下。
2. 遺傳性血管性水腫(HAE)可能症狀，請見「遺傳性血管性水腫衛教資訊及活動評估紀錄表」。

遺傳性血管性水腫衛教資訊及活動評估紀錄表

症狀與疾病特色

腫脹是遺傳性血管性水腫的主要症狀，在起先的 24 至 36 小時內，症狀通常會逐漸加劇，並在 48 小時內逐漸改善。

腫脹情形可能發生在身體的任何部位，包含喉嚨、腹部、臉部、手掌、腳掌和生殖器。

導致遺傳性血管性水腫發生的因素

- 皮膚受到壓力或創傷
- 反覆進行相同的動作或步驟
- 情緒壓力
- 感染
- 荷爾蒙改變

部分人可能會出現下列症狀：

- 刺痛感，是這種疾病的前驅症狀(可能比水腫更早發生)
- 排便習慣改變
- 類似流感的症狀
- 疲倦
- 範圍逐漸擴散的皮膚疹，正式醫學名稱為「邊緣性紅斑」

活動評估紀錄表：請於注射後24小時內填寫以下評量表

1. 腫脹情形都發生在一天當中的哪些時間區段?(請勾選所有符合的時間區段)	<input type="checkbox"/> 半夜 - 早上 8 點
	<input type="checkbox"/> 早上 8 點 - 下午 4 點
	<input type="checkbox"/> 下午 4 點 - 半夜
2. 這些腫脹情形所引起的身體不適(如疼痛、灼熱感、搔癢)有多嚴重(或曾經有多嚴重)?	<input type="checkbox"/> 沒有不適
	<input type="checkbox"/> 輕微不適
	<input type="checkbox"/> 中度不適
3. 在發生這些腫脹的期間，您是否能夠維持日常活動?	<input type="checkbox"/> 嚴重不適
	<input type="checkbox"/> 不受限制
	<input type="checkbox"/> 輕微受限
4. 您覺得這些腫脹是否影響到您的外表?	<input type="checkbox"/> 嚴重受限
	<input type="checkbox"/> 沒有影響
	<input type="checkbox"/> 有輕微影響
5. 您認為這些腫脹的整體嚴重度如何?	<input type="checkbox"/> 有中度影響
	<input type="checkbox"/> 有嚴重影響
	<input type="checkbox"/> 可忽略
	<input type="checkbox"/> 輕微
	<input type="checkbox"/> 中度
	<input type="checkbox"/> 嚴重

附表三十四：肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區一覽表

分區別	縣市別	鄉鎮區別
臺北	新北市	烏來區、石門區、坪林區、萬里區、雙溪區
	宜蘭縣	南澳鄉、大同鄉
	金門縣	所有鄉鎮區
	連江縣	所有鄉鎮區
北區	桃園市	復興區
	新竹縣	五峰鄉、尖石鄉
	苗栗縣	泰安鄉
中區	台中市	和平區、大安區
	彰化縣	大城鄉、芳苑鄉、埤頭鄉、福興鄉、線西鄉、田尾鄉、埔鹽鄉、溪州鄉
	南投縣	國姓鄉、信義鄉、仁愛鄉
南區	雲林縣	所有鄉鎮區
	嘉義市	所有鄉鎮區
	嘉義縣	所有鄉鎮區
	台南市	排除中西區、安平區、安南區及南區，其餘原台南縣鄉鎮區域持續列為醫療資源不足地區
高屏	高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區
	屏東縣	琉球鄉、新園鄉、霧台鄉、枋山鄉、獅子鄉、三地門鄉、車城鄉、來義鄉、春日鄉、泰武鄉、長治鄉、崁頂鄉、萬巒鄉、麟洛鄉、瑪家鄉、牡丹鄉
	澎湖縣	所有鄉鎮區
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
	台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、綠島鄉

**附表三十五：成人中風後之手臂或下肢痙攣
肉毒桿菌素再次申請治療效果評估表**

姓名_____病歷號碼_____ 一年施打總劑量：手臂____units, 下肢____units

注射部位 左側 右側 上肢 下肢 注射藥物 Botox Dysport

	Clinical Pattern	Potential Muscle involved	Modified Ashworth Scale (注射相關部位必填)	ROM (R1/R2) (依需要填寫)		是否改善		疑注射劑量 (units)
				Initial Angle	Review Angle	是	否	
Upper Limb	Adducted/ Internally Rotated Shoulder	Pectoralis complex						
		Latissimus dorsi						
		Teres major						
		Subscapularis						
	Flexed Elbow	Brachioradialis						
		Biceps						
		Brachialis						
	Pronated Forearm	Pronator quadratus						
		Pronator teres						
	Flexed Wrist	Flexor carpi radialis						
Flexor carpi ulnaris								
Thumb-in -Palm	Flexor pollicis longus							
	Adductor pollicis							
	Flexor pollicis brevis/ opponens							
Clenched Fist	Flexor digitorum superficialis (per fascicle)							
	Flexor digitorum profundus (per fascicle)							
Intrinsic plus hand	Lumbricales/interossei (per lumbrical)							
Others								
Lower Limb	Equinovarus Foot	Gastrocnemius medial/lateral						
		Soleus						
		Tibialis posterior						
		Flexor digitorum longus						
		Flexor hallucis longus						
	Others							

以下條件均須為是：

- 腦中風經藥物/復健治療六個月後，仍有手臂痙攣或腦中風經藥物/復健治療三個月後，仍有下肢痙攣
- 已排除意識不清且合併臥床
- 已排除手部或下肢注射部位呈現明顯不可逆攣縮肌肉或固定關節

以下條件任一符合：

改善病患清潔 降低輔具穿戴困難度 減低肢體痙攣所致之疼痛 改善關節活動度或活動能力
 其他因肉毒桿菌素注射所改善之功能，如：

Additional Comments :

主治醫師： _____ 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日