

附表二十四之四：全民健康保險乾癬(全身型急性膿疱性乾癬部分)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

符合確診為全身型急性膿疱性乾癬之初次療程：

- 孕齡女性(患者年齡：____ 歲____ 月)，且有懷孕可能者。
- 伴有膿疱之紅腫部位侵犯體表面積 BSA:____% (需附上治療前照片)。
- 伴有系統性症狀包括發燒及白血球增多症等

符合繼續使用之療效評估：

- 於療程之第 4 週評估時，經治療後仍有膿疱持續超過四周。

當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	治療前後 BSA 數值
	__mg/ __週	__年__月__日至 __年__月__日	

符合疾病再復發之重新申請：

- 孕齡女性(患者年齡：____ 歲____ 月)，且有懷孕可能者。
- 伴有膿疱之紅腫部位侵犯體表面積 BSA:____% (需附上前次治療前後照片)。
- 伴有系統性症狀包括發燒及白血球增多症等

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	治療前後 BSA 數值
	__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	是否有生物製劑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，經治療後體表面積下降程度未達 50%
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 <u>生物製劑</u> 期間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