

附表一 全民健康保險醫療常用第一線抗微生物製劑品名表

口 服	注 射
Amoxicillin	Amphotericin B
Ampicillin	Ampicillin
Bacampicillin	Benzathine penicillin
Cefadroxil	Cefazolin
Cephalexin	Cephalexin ( 87/7/1 )
Cephradine	Cephaloridine
Clindamycin	Cephalothin
Cloxacillin	Cephapirin
Colistin	Cephradine
Dicloxacillin	Clindamycin
Doxycyclin	Cloxacillin
Ethambutol ( EMB )	Doxycycline
Griseofulvin	Gentamicin
Hetacillin	Hetacillin
Isoniazid(INH)	Kanamycin
Ketoconazole	Lincomycin ( 限用 10mL 包裝 )
Methacycline	Metronidazole
Metronidazole	Oxacillin
Minocycline	Oxytetracycline
Mycostatin	Penicillin
Nalidixicacid	Rifamycin sv inj (限用於結核菌感染症)
Neomycin	Rolitetracycline
Nitrofurantoin	Streptomycin
Nitroxoline	Flucloxacillin ( 94/3/1 )
Oxytetracycline	
Penicillin	
Pyrazinamide ( PZA )	
Rifampicin (限用於結核菌感染症)	
Tetracycline	
Trimethoprim/ sulfamethoxazole	
Cefatrizine ( 97/9/1 )	

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		出生日期	
藥品名稱		藥品代碼		體重	
使用期間	自 年 月 日 至 年 月 日			申請數量	
				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

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	
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

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<6 分)
- 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/mm<sup>3</sup>。
- 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）。

附表三-A 全民健康保險使用維生素之醫治病症

藥品名稱	醫 治 病 症
維生素 A	夜盲症、眼球乾燥症、角膜軟化症、皮膚角化異常症
維生素 B <sub>1</sub> (89/2/1)	維生素 B <sub>1</sub> (thiamine) 缺乏症、營養吸收障礙症候群 (malabsorption syndrome)、或胰臟炎等需以全靜脈營養劑 (total parenteral nutrition, TPN) 提供營養支持之病患、酒精戒斷症候群 (alcohol withdrawal syndrome)。
維生素 B <sub>2</sub>	口角炎、維生素 B <sub>2</sub> 有效之皮膚病
維生素 B <sub>6</sub>	妊娠嘔吐、維生素 B <sub>6</sub> 有效之皮膚炎、預防及治療其他藥品所引起神經病變。
維生素 B <sub>12</sub>	巨球性貧血、缺乏維生素 B <sub>12</sub> 引起之血液或神經病變。
維生素 C	壞血病
維生素 D	佝僂病、骨軟化症、尿毒症腎性骨質病變、副甲狀腺機能低下
維生素 K	缺乏維生素 K 所致之出血症
菸鹼酸	癩皮症、血脂過高症
葉酸	巨大紅血球貧血症、服用抗痙劑 phenytoin 引起之葉酸缺乏或其預防。

附表三-B 全民健康保險使用荷爾蒙之醫治病症

藥品名稱	醫 治 病 症
女性荷爾蒙	閉經、不孕症、乳癌、前列腺癌、子宮機能性出血、停經後荷爾蒙之補充、腦下垂體疾病引起之無經症、有症狀之更年期症候群
黃體荷爾蒙	流產、子宮機能性出血、不孕症、乳癌、子宮內膜異位、停經後婦女
男性荷爾蒙	乳癌、子宮機能性出血、再生不良性貧血、血小板低下症、腦下垂體功能不足

附表三-B 全民健康保險使用荷爾蒙之醫治病症

藥品名稱	醫 治 病 症
女性荷爾蒙	閉經、不孕症、乳癌、前列腺癌、子宮機能性出血、停經後荷爾蒙之補充、腦下垂體疾病引起之無經症、有症狀之更年期症候群
黃體荷爾蒙	流產、子宮機能性出血、不孕症、乳癌、子宮內膜異位、停經後婦女
男性荷爾蒙	乳癌、子宮機能性出血、再生不良性貧血、血小板低下症、腦下垂體功能不足

附表四 全民健康保險使用 Human Albumin 申報表

醫院	
----	--

病人姓名				身分證號				科別			
年齡		性別		病房號		門診					

使用日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

使用藥劑名稱及代碼\_\_\_\_\_

適 應 症	<input type="checkbox"/> 休克 (限 50gm)	<input type="checkbox"/> A 七十歲老人
		<input type="checkbox"/> B 嬰幼兒
		<input type="checkbox"/> C 合併心衰竭
		<input type="checkbox"/> D 其他休克病人已給生理鹽水等
	<input type="checkbox"/> 蛋白嚴重流失小於 2.5gm/dL	<input type="checkbox"/> E 肝硬化症 (每日限 25gm)
		<input type="checkbox"/> F 腎症候群 (每日限 25gm)
		<input type="checkbox"/> G 嚴重燒、燙傷
		<input type="checkbox"/> H 肝移植
	<input type="checkbox"/> 蛋白嚴重流失小於 3.0gm/dL	<input type="checkbox"/> J 嚴重肺水腫
		<input type="checkbox"/> K 大量肝切除
	<input type="checkbox"/> 開心手術 (限 37.5gm)	

用 量	日期	用量 (瓶)	檢驗結果	檢查日期	審核結果
	年 月 日		A/G(gm/dL)		
注 意 事 項	Albumin 值限最近 3 天以內，如係多次注射限上次注射後，最近 3 天內之結果。 每次注射前，務必檢查 Albumin 值，符合條件方可以再注射。				

使 用 效 果 評 估	<input type="checkbox"/> Albumin 值提升至 _____ gm/dL	審 核 意 見	
----------------------------	---	------------------	--



附表五 全民健康保險使用 Novo Seven ; Feiba 申報表

醫院代號		醫院名稱			病歷號碼	
姓名	性別	年齡	身分證號			
門診時間	年 月 日	住院期間	年 月 日至 年 月 日			
主要症狀	<input type="checkbox"/> 缺乏第七凝血因子之患者					
	<input type="checkbox"/> 發生第八因子和第九因子抗體者(抗體濃度超過 10 BU)，出現下列情況時(請敘明)： <input type="checkbox"/> 明顯肌肉關節等處出血： <input type="checkbox"/> 手術時： <input type="checkbox"/> 嚴重出血(如外傷、內出血或顱內出血等)：					
檢驗結果	PT:		PTT:		VII:C	
	VIII:C		IX : C		其他:	
抗體力價	VIII Ab	(1) 年 月 日 BU	(2) 年 月 日 BU			
	IX Ab	(1) 年 月 日 BU	(2) 年 月 日 BU			
治療情形	(1)藥物及劑量：		年 月 日至	療效		
			年 月 日			
	(2)藥物及劑量：		年 月 日至	療效		
		年 月 日				
(3)藥物及劑量：		年 月 日至	療效			
		年 月 日				

申報醫師：

**附表六 全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin(IVIG)  
治療川崎病 (Kawasaki Disease) 申請表**

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	

**A. 臨床症狀**

發燒五天或五天以上

且合併下列五項臨床症狀中至少四項：

肢端病變：急性期手掌足底變紅、腫

恢復期從指（趾）尖開始脫皮

多行性皮炎

兩眼眼球結膜充血 (bulbar conjunctiva)

嘴唇及口腔的變化：紅唇、乾裂或草莓舌或咽喉泛紅

頸部淋巴腺腫

**B. 實驗檢查數值**

紅血球沉降速率 (ESR) \_\_\_\_\_ C-反應蛋白 \_\_\_\_\_

血色素(血比容) \_\_\_\_\_ 血小板 \_\_\_\_\_

C. 只符合三項臨床症狀，但心臟超音波有冠狀動脈病變

◎ 請注意是否有下列疾病再使用

有	無	疾病或症狀
		Streptococcal Inf. (如 scarlet fever)
		Viral & rickettsial exanthems
		Drug reaction (eg. Stevens-Johnson syndrome)
		Juvenile rheumatoid arthritis
		Staphylococcal scalded skin syndrome
		Toxic shock syndrome

附註

川崎病診斷標準請參考 IVIG 使用規定

IVIG 限區域醫院(含)以上教學醫院使用

IVIG 限病發十天內使用

申請醫師 \_\_\_\_\_ 醫事機構章戳 \_\_\_\_\_

審核意見：

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：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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 (申復時填寫)		預定實施日期				
	代號		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 身分證號				
ICD-9 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		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 轉移性乳癌 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。					<input type="checkbox"/> 同意備查(下列二者擇一核定)： <input type="checkbox"/> 核定使用起迄期間：共 月(共 週) <input type="checkbox"/> 核定使用療程：共 療程 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____ <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。										審 查 醫 師
	醫事服務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日				承辦人	複核	科長	決 行	
		文號：									

附表七之二 全民健康保險使用抗癌藥品 Rituximab 申請表

申請類別:		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期				
	代號		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 身分證號	
ICD-9 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			用法用量	申請數量	保險人核定欄				
Mabthera <input type="checkbox"/> K000699229 <input type="checkbox"/> K000699248		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	限用於 <input type="checkbox"/> 復發或對化學療效有抗性之低惡度B細胞非何杰金氏淋巴瘤。 <input type="checkbox"/> 用於做為濾泡性淋巴瘤患者對誘導療法產生反應之後的維持治療用藥。限用八劑，每三個月使用一劑，最多不超過二年。					<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <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，初次送核不需填寫。 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	申請日期：   年   月   日				承辦人	複核	科長	決行		
	印信	文號：										

附表七之三 全民健康保險使用抗癌藥品 Cetuximab 申請表

申請類別:		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期				
	代號		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 身分證號			
ICD-9 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			用法用量	申請數量	保險人核定欄			
Erbitux <input type="checkbox"/> K000819248 <input type="checkbox"/> K000877238		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> 直腸結腸癌治療部分: <input type="checkbox"/> 與 FOLFIRI(Folinic acid/5-fluorouracil/irinotecan)合併使用於治療具表皮生長因子受體表現型(EGFR expressing), K-ras 基因沒有突變之轉移性直腸結腸癌病患之第一線治療。 <input type="checkbox"/> I. 本藥品需經事前審查核准後使用,每次申請事前審查之療程以 12 週為限,再次申請必須提出客觀證據(如:影像學)證實無惡化,才可繼續使用。 <input type="checkbox"/> II. 使用總療程以 24 週為上限。 <input type="checkbox"/> III. 本藥品不得與 bevacizumab 併用。 <input type="checkbox"/> Cetuximab 與 irinotecan 合併使用,治療已接受過含 5-fluorouracil (5-FU)、irinotecan 及 oxaliplatin 二線以上之細胞毒性治療失敗、且具有表皮生長因子受體(EGFR)表現型且 K-ras 基因沒有突變的轉移性直腸結腸癌的病患。 <input type="checkbox"/> I. 本藥需經事前審查核准後使用,每次申請事前審查之療程以 9 週為限,再次申請必須提出客觀證據(如:影像學)證實無惡化,才可繼續使用。 <input type="checkbox"/> II. 使用總療程以 18 週為上限。 <input type="checkbox"/> 口咽癌、下咽癌及喉癌治療部分: <input type="checkbox"/> 限與放射線療法合併使用於局部晚期之口咽癌、下咽癌及喉癌患者,且符合下列條件之一: <input type="checkbox"/> I. 年齡 ≥ 70 歲; <input type="checkbox"/> II. Cr < 50mL/min; <input type="checkbox"/> III. 聽力障礙者(聽力障礙定義為 500Hz、1000Hz、2000Hz 平均聽力損失大於 25 分貝); <input type="checkbox"/> IV. 無法耐受 platinum-based 化學治療。 <input type="checkbox"/> 使用總療程以接受 8 次輸注為上限。					<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審,請補充以下資料_____。 <input type="checkbox"/> 其他:_____			
醫事服務機構	醫院 印信	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,初次送核不需填寫。 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,應依專業審核核定結果辦理。					保險人		日期章戳		審 查 醫 師
		申請日期: 年 月 日		文號:		承辦人	複核	科長	決行		

附表八之一 全民健康保險使用抗癌藥品 Fludarabine 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期						
	代號		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 身分證號						
ICD-9 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			用法 用量	申請 數量	保險人核定欄					
Fludara Oral, Film -Coated Tablets  <input type="checkbox"/> B023585100		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次 申請	<input type="checkbox"/> 用於β細胞慢性淋巴性白血病(CLL)病患的起始治療及 CLL 與低惡性度非何杰金氏淋巴瘤(LG-NHL)病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑(alkylating agent)的治療方法都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化的病人。  <input type="checkbox"/> 作為第一線治療，限用於 Rai Stage III/IV (或 Binet C 級)之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I/II (或 Binet A/B 級)併有疾病相關免疫性症候(如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下紫癍症等)的病人時，需經過至少一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化者。每次申請最多六個(月)療程，再次申請以三個療程為限。					<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
Fludara Lyophilized IV Injection  <input type="checkbox"/> B022732248		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次 申請											
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，初次送核不需填寫。 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。										保險人	日期章戳	審查 醫師
	醫院	申請日期： 年 月 日			承辦人	複核	科長	決行					
醫事服 務機構	印信	文號：											

附表八之二 全民健康保險使用抗癌藥品 Temozolomide 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期					
	代號		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 身分證號					
ICD-9 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			用法用量	申請數量	保險人核定欄					
Temodal <input type="checkbox"/> B023322100 <input type="checkbox"/> B023323100 <input type="checkbox"/> B023324100		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> 1.經手術或放射線治療後復發之下列病人: <input type="checkbox"/> (1)退行性星狀細胞瘤(AA- anaplastic astrocytoma) <input type="checkbox"/> (2)多形神經膠母細胞瘤(GBM -Glioblastoma multiforme) <input type="checkbox"/> (3)退行性寡樹突膠質細胞瘤 (anaplastic oligodendroglioma) (98/9/1) <input type="checkbox"/> 2.新診斷的多形神經膠母細胞瘤，與放射線治療同步進行，然後作為輔助性治療。 <input type="checkbox"/> 若用於退行性寡樹突膠質細胞瘤，每日最大劑量 200mg/m <sup>2</sup> 。每次申請事前審查之療程以三個月為限，再次申請時需附上治療後相關臨床評估資料並檢附 MRI 或 CT 檢查，若復發之惡性膠質細胞瘤有惡化之證據，則必須停止使用(98/8/1)。					<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <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，初次送核不需填寫。 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。										保險人	日期章戳	審查醫師
	醫事服務機構	醫院	申請日期： 年 月 日				承辦人	複核	科長	決行			
	印信	文號：											

附表八之三 全民健康保險使用抗癌藥品 Pemetrexed 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)			預定實施日期							
	代號		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 身分證號					
ICD-9 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				用法用量	申請數量	保險人核定欄							
Alimta <input type="checkbox"/> B024084277 <input type="checkbox"/> B024874255		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請		<input type="checkbox"/> 與 cisplatin 併用於惡性肋膜間質細胞瘤 <input type="checkbox"/> 以含鉑之化學療法治療或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療，但仍失敗之局部晚期或轉移性非小細胞肺癌病患(顯著鱗狀細胞組織型除外)之單一藥物治療。 <input type="checkbox"/> 與含鉑類之化學療法併用，作為治療局部晚期或轉移性非小細胞肺癌(顯著鱗狀細胞組織型除外)之第一線化療用藥，且限用於 ECOG performance status 為 0~1 之病患。						<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <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，初次送核不需填寫。 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康保險爭議審議會申請審議。 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。											保險人		日期章戳		審查醫師	
	醫院		申請日期： 年 月 日			承辦人		複核		科長		決行					
醫事服務機構		印信			文號：												



附表八之四 全民健康保險使用抗癌藥品 Carmustine 植入劑申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期				
	代號		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 身分證號	
ICD-9 代碼		疾病名稱		使用日期		年 月 日至 年 月 日						
藥品名稱及代碼		給付規定				用法 用量	申請 數量	保險人核定欄				
Gliadel Wafer <input type="checkbox"/> B0247772BG		<input type="checkbox"/> 作為復發性多形神經膠母細胞瘤病人的手術輔助，且不得與 temozolomide 併用。						<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <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，初次送核不需填寫。 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康保險爭議審議會申請審議。 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。						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				承辦人	複核	科長	決行		
						文號：						

附表九之一 全民健康保險使用抗癌藥品 Gefitinib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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 (申復時填寫)		預定實施日期							
	代號		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 身分證號							
ICD-9 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			用法 用量	申請 數量	保險人核定欄						
Iressa <input type="checkbox"/> B023808100		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<p>A. 限單獨使用於</p> <p>(1) 具有 EGFR-TK 基因突變之局部侵犯性或轉移性(即第ⅢB 期或第Ⅳ期)之肺腺癌病患之第一線治療。</p> <p>(2) 先前已使用過第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之肺腺癌。影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)</p> <p>B. 需經事前審查核准後使用：</p> <p>(1) 用於第一線用藥：檢具確實患有肺腺癌之病理或細胞檢查報告，及 EGFR-TK 基因突變檢測報告。</p> <p>(2) 用於第二線用藥：檢具確實患有肺腺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療之證明，及目前又有疾病惡化之影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量(measurable)的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估(evaluable)的病灶亦可採用。</p> <p>C. 每次申請事前審查之療程以三個月為限，每三個月需再次申請，再次申請時並需附上治療後相關臨床資料，如給藥四週後，需追蹤胸部 X 光或電腦斷層等影像檢查一遍，評估療效，往後每四週做胸部 X 光檢查，每隔八週需追蹤其作為評估藥效的影像(如胸部 X 光或電腦斷層)。</p> <p>D. 醫師每次開藥以 4 週為限。</p> <p>E. 本藥品與 erlotinib (如 Tarceva) 不得併用。</p>					<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症 _____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____						
注意事項	<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，請逕向保險人各分區業務組申請審核。</p> <p>2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不需填寫。</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合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>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。</p> <p>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。</p> <p>7. Iressa 每使用三個月需作療效評估，且需再經專業審查後始能繼續使用。</p> <p>8. 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>								保險人		日期章戳		審查醫師	
	醫事服務機構	醫院	申請日期： 年 月 日			承辦人	複核	科長	決行					
	印信	文號：												

附表九之二 全民健康保險使用抗癌藥品 Erlotinib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期		申請醫師 身分證號				
	代號		身分證 統一編號	科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷 號碼								
ICD-9 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				用法 用量	申請 數量	保險人核定欄					
Tarceva <input type="checkbox"/> B024407100 <input type="checkbox"/> B024410100		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> A.限單獨使用先前已使用過第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之腺性非小細胞肺癌之第二線用藥。 ※檢附資料 <input type="checkbox"/> 非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告 <input type="checkbox"/> 曾經接受第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療之證明 <input type="checkbox"/> 影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像) <input type="checkbox"/> B.限單獨使用於先前已使用過 platinum 類及 docetaxel 或 paclitaxel 化學治療後，但仍局部惡化或轉移之非小細胞肺癌之第三線用藥。 ※檢附資料 <input type="checkbox"/> 非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告 <input type="checkbox"/> 曾經接受第一線及第二線化學藥物如 platinum (cisplatin 或 carboplatin) 與 taxanes (paclitaxel 或 docetaxel) 治療之證明。 <input type="checkbox"/> 影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)， <input type="checkbox"/> C.治療後再次申請之相關臨床資料 <input type="checkbox"/> 胸部 X 光 <input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> D.不得與 gefitinib (如 Iressa) 併用。						<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____ <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，初次送核不需填寫。 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. Tarceva 每使用三個月需作療效評估，且需再經專業審查後始能繼續使用。 8. 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。										保險人	日期章戳	審查醫師	
	醫事服務機構	醫院	申請日期： 年 月 日		承辦人	複核	科長	決行						
印信		文號：												

附表九之三 全民健康保險使用抗癌藥品 Bortezomib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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 (申復時填寫)		預定實施日期				
	代號		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 身分證號			
ICD-9 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			用法用量	申請數量	保險人核定欄				
Velcade <input type="checkbox"/> B025559217		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> 合併其他癌症治療藥品使用於多發性骨髓瘤病人： (1)每人以 8 個療程為上限。 (2)需經事前申請後使用，每次申請 4 個療程。 (3)使用 4 個療程後，必須確定藥物使用後 paraprotein (M-protein)未上升(即表示為 response 或 stable status)，或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 之比率為療效依據，方可申請使用後 4 個療程。 (4)若病患於前 4 個療程符合前項規定(3)之療效，則後續 4 個療程可保留，於疾病復發時，再行申請使用。 <input type="checkbox"/> 曾接受過至少一種治療方式復發或無效後的被套細胞淋巴瘤 Mantle Cell Lymphoma (MCL) 病人。 (1)每人以 8 個療程為上限。 (2)每日最大劑量 1.5mg/m <sup>2</sup> /day；每個療程第 1,4,8,11 日給藥。 (3)使用 4 個療程後須再評估，確定有效後，則可再使用 4 個療程。 (4)需經事前審查核准後使用					<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <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. 對核定結果不予受理者，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。											
	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

附表九之四 全民健康保險使用抗癌藥品 Dasatinib 申請表

申請類別:		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期				
	代號		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 身分證號			
ICD-9 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			用量	申請數量	保險人核定欄				
Sprycel <input type="checkbox"/> B024813100 <input type="checkbox"/> B024794100 <input type="checkbox"/> B024800100		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	限用於 1.治療患有慢性、加速或急性期慢性骨髓性白血病，對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。 2.治療患有費城染色體陽性急性淋巴性白血病，且對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。 3. 需經事前審查核准後使用，送審時需檢送病歷及對 imatinib 耐受性不良或無效的證明。					<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"/> 不符合不得併用二種此類藥物之適應症 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌、病理切片、細胞學檢查報告) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <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，初次送核不需填寫。 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康保險爭議審議會申請審議。 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。						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			承辦人	複核	科長		決行		
					文號：							

附表九之五 全民健康保險使用抗癌藥品 Sunitinib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期					
	代號		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 身分證號			
ICD-9 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			用法用量	申請數量	保險人核定欄					
Sutent  <input type="checkbox"/> B024593100  <input type="checkbox"/> B024594100  <input type="checkbox"/> B024595100		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次申請		<input type="checkbox"/> 1.腸胃道間質腫瘤： (1)限用於以 imatinib 治療期間出現疾病惡化或對該藥出現不能忍受之腸胃道間質腫瘤。(2)若使用本藥品出現疾病惡化或無法忍受其副作用，不得替換使用 imatinib 治療。 (3)需經事前審查核准後使用，送審時須檢送病歷及對 imatinib 耐受性不良或無效之證明。 <input type="checkbox"/> 2.晚期腎細胞癌： (1)可用於第一線治療晚期或轉移性腎細胞癌，即病理上為亮細胞癌(clear cell renal carcinoma)。(2)無效後則不給付 temsiralimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。(3)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以三個月為限，送審時需檢送影像資料，每三個月評估一次。(4)病人若對藥物產生耐受性不佳 (intolerance)，則以原來藥物減量為原則，若嚴重耐受性不佳，可以換其他 TKI。 <input type="checkbox"/> 3.進展性，無法切除或轉移性分化良好之胰臟神經內分泌腫瘤的成人病患，須同時符合下列條件： (1)符合 WHO 2010 分類方式之 G1 or G2 胰臟神經內分泌腫瘤。 (2)於一年內影像檢查證實有明顯惡化者。 (3)不可合併使用化學治療或相關標靶藥物。 (4)經事前專案審查核准後使用，且需每3個月評估一次。					<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"/> 不符合不得併用二種此類藥物之適應症 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌、病理切片、細胞學檢查報告) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____					
注意	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，初次送核不需填寫。 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。											審查醫師		
	醫事服務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日				承辦人		複核		科長		日期章戳	
		文號：												

附表九之六 全民健康保險使用抗癌藥品 Nilotinib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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 (申復時填寫)		預定實施日		申請醫師身分證號		
	代號		身分證統一編號		科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院		病歷號碼				
ICD-9 代碼		疾病名稱			使用日期		年 月 日 至 年 月 日					
藥品代碼	申請類別	給付規定				用法用量	申請數量	保險人核定欄				
Tasigna Capsules <input type="checkbox"/> B024834100 <input type="checkbox"/> B025317100	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<p>9.32.1.Nilotinib 200mg (如 Tasigna 200mg) (98/6/1、99/1/1)</p> <p>1.限用於治療對 imatinib 400MG (含)以上耐受性不良或治療無效的「慢性期或加速期費城染色體(Philadelphia chromosome)陽性的慢性骨髓性白血病(CML)成年患者」。</p> <p>2.經事前審查核准後使用，送審時必須檢附耐受性不良或治療無效的證明。</p> <p>3.Nilotinib 與 dasatinib 不得合併使用。</p> <p>9.32.2.Nilotinib 150mg (如 Tasigna 150mg)：</p> <p>1.新確診之慢性期費城染色體陽性的慢性骨髓性白血病。</p> <p>2.經事前審查核准後使用。</p>						<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"/> 不符合不得併用二種此類藥物之適應症 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌、病理切片、細胞學檢查報告) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
注意事項	<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，請逕向保險人各地分局申請審核。</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>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。</p> <p>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。</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>						保險人		日期章戳		審查醫師	
	醫事服務機構	醫院	申請日期： 年 月 日				承辦人	複核	科課長	決行		
	印信	文號：										

附表九之七：全民健康保險使用抗癌藥品 Sorafenib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)			預定實施日期					
	代號		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 身分證號						
ICD-9 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			用量	申請數量	保險人核定欄					
Nexavar  <input type="checkbox"/> B024727100		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<p>1. 晚期腎細胞癌部分：</p> <p>(1) 晚期腎細胞癌且已接受 interferon-alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不適合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。</p> <p>(2) 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪氨酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。</p> <p>(3) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。</p> <p>2. 晚期肝細胞癌部分：</p> <p>(1) 轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之晚期肝細胞癌，並符合下列條件之一：</p> <p>I. 肝外轉移(遠端轉移或肝外淋巴結侵犯)的 Child-Pugh A class 患者。</p> <p>II. 大血管侵犯(腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左/右靜脈第一分支)的 Child-Pugh A class 患者。</p> <p>(2) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 2 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 2 個月評估一次。</p>					<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"/> 不符合不得併用二種此類藥物之適應症 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌、病理切片、細胞學檢查報告) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
注意事項	<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，請逕向保險人各分區業務組申請審核。</p> <p>2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不需填寫。</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合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>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。</p> <p>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。</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>							保險人		日期章戳		審查醫師	
	醫事服務機構	醫院	申請日期： 年 月 日			承辦人	複核	科長	決行				
印信		文號：											



附表九之八 全民健康保險使用抗癌藥品 Imatinib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期				
	代號	身分證統一編號		科別		<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院		病歷號碼		申請醫師身分證號		
ICD-9 代碼		疾病名稱		使用日期		年 月 日至 年 月 日						
藥品代碼		申請類別		給付規定		用法用量		申請數量		保險人核定欄		
Glivec 100mg <input type="checkbox"/> B023291100 <input type="checkbox"/> B024027100		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請		下列適應症患者必須在第一線的藥物如 hydroxyurea, corticosteroid 等無效後, 經事前審查核准才可使用, 且每 6 個月需重新申請審查。 <input type="checkbox"/> 治療患有與血小板衍生生長因子受體(PDGFR)基因重組相關之骨髓發育不全症候群(MDS)/骨髓增生性疾病(MPD)之成人。 <input type="checkbox"/> 治療嗜伊紅性白血球增加症候群(HES)與/或慢性嗜伊紅性白血病(CEL)且有血小板衍生生長因子受體(PDGFR)基因重組之成人患者, 且存在器官侵犯證據者。						<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症 _____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審, 請補充以下資料 _____ <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。											
	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

附表九之九 全民健康保險使用抗癌藥品 everolimus 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期				
	代號		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 身分證號		
ICD-9 代碼		疾病名稱		使用日期		年 月 日至 年 月 日						
藥品代碼	申請類別	給付規定				用法 用量	申請 數量	保險人核定欄				
Afinitor 5mg & 10mg tablets  <input type="checkbox"/> B025165100 <input type="checkbox"/> B025166100 <input type="checkbox"/> V000020100 <input type="checkbox"/> V000021100	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次 申請							<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <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。											
	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

附表九之十 全民健康保險使用抗癌藥品 bevacizumab 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日			
	代號		身分證統一編號			科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷號碼	申請醫師身分證號		
ICD-9 代碼			疾病名稱		使用日期		年 月 日至 年 月 日				
藥品代碼	申請類別	給付規定				用法用量	申請數量	保險人核定欄			
Avastin <input type="checkbox"/> K000874219	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<p>本藥須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 12 週為限，再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。</p> <p><input type="checkbox"/> 轉移性大腸或直腸癌： Bevacizumab 與含有 irinotecan/ 5-fluorouracil/ leucovorin 或 5-fluorouracil/ leucovorin 的化學療法合併使用，作為轉移性大腸或直腸癌患者的第一線治療。使用總療程以 24 週為上限。</p> <p><input type="checkbox"/> 惡性神經膠質瘤(WHO 第 4 級) - 神經膠母細胞瘤： 單獨使用可用於治療曾接受標準放射線治療且含 temozolomide 在內之化學藥物治療失敗之多型性神經膠母細胞瘤(Glioblastoma multiforme)復發之成人患者。</p>						<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症_____。 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <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。						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				承辦人	複核	科長	決行	
						文號：					

附表九之十一 全民健康保險使用抗癌藥品 temsirolimus 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期				
	代號		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 身分證號			
ICD-9 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 temsirolimus 劑型 <input type="checkbox"/> 注射劑 型 <input type="checkbox"/> 口服劑 型	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次 申請	<p>一、需經事前審查核准後使用，每次給付3個月藥量，送審時需檢送影像資料，每3個月評估一次。</p> <p>(1)治療不限細胞型的高風險晚期腎細胞癌。</p> <p>(2)需具有下列六個風險因子中至少3個以上因子：</p> <p>I. 距離初次診斷出腎細胞癌之時間未達一年</p> <p>II. Karnofsky Performance scale 界於60至70之間</p> <p>III. 血色素低於正常值12gm/dL</p> <p>IV. 矯正後血鈣值超過10mg/dL</p> <p>V. 乳酸脫氫酶(lactate dehydrogenase)超過1.5倍正常值上限</p> <p>VI. 超過一個以上的器官有轉移病灶。</p> <p>(3)無效後則不給付其他TKI。</p> <p>二、病人若對藥物產生耐受性不佳(intolerance)，則以原來藥物減量為原則，若嚴重耐受性不佳，可以換其他酪胺酸激酶阻斷劑(tyrosine kinase inhibitor, TKI)。</p>					<input type="checkbox"/> 同意備查(下列二者擇一核定)： <input type="checkbox"/> 核定使用起迄期間：共 月 (共 週) <input type="checkbox"/> 核定使用療程：共 療程 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症 _____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____				
注 意 事 項	<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，請逕向保險人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>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。</p> <p>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。</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>						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				承 辦 人	複 核	科 長	決 行	
		文號：									

附表九之十二 全民健康保險使用抗癌藥品 vinorelbine 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日				
	代號		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 身分證號				
ICD-9 代碼		疾病名稱		使用日期		年 月 日至 年 月 日					
藥品代碼	申請類別	給付規定			用法 用量	申請 數量	保險人核定欄				
成分 Vinorelbine 劑型 <input type="checkbox"/> 口服劑型 <input type="checkbox"/> 注射劑 代碼 (醫院自行 填寫)	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次 申請	1. 限用於： (1) 晚期或無法手術切除之非小細胞肺癌及轉移性 乳癌病患。 <input type="checkbox"/> (2) 病理分期第二期及第三期前半(stage II & stage IIIA)非小細胞肺癌於接受根治性手術後與鉑金類 藥品併用之輔助治療，需事前審查後使用，最長以 4 療程為限。 2. 本成分之口服劑型與注射劑型不得併用。					<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"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症 _____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使 用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤 標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 _____ <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。						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			承 辦 人	複 核	科 長	決 行		
					文號：						

附表九之十三：全民健康保險使用抗癌藥品 pazopanib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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 (申復時填寫)		預定實施日期									
	代號		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 身分證號								
ICD-9 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			用量	申請數量	保險人核定欄									
Votrient  <input type="checkbox"/> B025433100		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可用於第一線治療晚期或轉移性腎細胞癌，其病理上為亮細胞癌(clear cell renal carcinoma)。</li> <li>2. 本品使用無效後，不得申請使用 temsirolimus 或其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI) 等藥品。</li> <li>3. 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以三個月為限，送審時需檢送影像資料，每三個月評估一次。</li> <li>4. 病人若對藥物產生耐受性不佳 (intolerance)，則以原來藥物減量為原則，若嚴重耐受性不佳，可以換其他 TKI。</li> </ol>					<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"/> 不符合不得併用二種此類藥物之適應症 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌、病理切片、細胞學檢查報告) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料_____。 <input type="checkbox"/> 其他：_____									
注意事項	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不需填寫。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>											保險人		日期章戳		審查醫師	
	醫事服務機構	醫院	申請日期： 年 月 日				承辦人	複核	科長	決行							
	印信	文號：															

附表十 患者服用Isotretinoin口服製劑同意書

病歷號碼：\_\_\_\_\_

茲證明本人 \_\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身分證號碼：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

確認經由 \_\_\_\_\_ 醫院 \_\_\_\_\_ 醫師詳細告知服用

isotretinoin口服製劑 之主要可能副作用和處置方式。

本人完全瞭解isotretinoin口服製劑可能對本人的其他療法無效的嚴重性囊腫型及結節狀痤瘡有所幫助，但服用時必須要小心，特別要注意下列事項：

1. 女性患者服藥期間及停藥後至少 4 個星期內，絕對不可懷孕，因為在上述期間發生懷孕，則很可能產生胎兒畸形。
2. 服藥期間及停藥至少四個星期內，請勿捐血以免受血者產生畸胎。
3. 因為對肝腎功能不全之病人為禁忌，請病人需依醫師指示定期做血液、肝功能、血脂肪等方面之檢查。
4. 未經醫師許可，絕對不可將isotretinoin口服製劑轉予他人使用。

本人確實瞭解採取下列方法為絕對需要：

1. 女性患者在服用isotretinoin口服製劑 前必須驗孕以確定尚未懷孕。
2. 女性患者在服用isotretinoin口服製劑 之前的四個星期，治療期間及停藥後至少 4 個星期內，必須使用有效之避孕方法。
3. 萬一在上述期間發生懷孕，本人保證立刻通知\_\_\_\_\_醫師。

雖然本人充分瞭解假使在上述期間發生懷孕可能導致之後果，本人仍然願意接受isotretinoin口服製劑 治療，並且願意承受這種危險性及有關注意事項。

為慎重計，特立此同意書。

日期： 民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日，地點： \_\_\_\_\_

立同意書人： \_\_\_\_\_

(未達 20 歲之未成年需經法定代理人之同意)

## 附表十一 患者服用 Acitretin 製劑同意書

病歷號碼：\_\_\_\_\_

茲證明本人\_\_\_\_\_年齡\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身分證號碼：\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_

確認經由\_\_\_\_\_醫院\_\_\_\_\_醫師詳細告知服用

acitretin 製劑之主要可能副作用和處置方式。

本人完全瞭解 acitretin 製劑可能對本人的嚴重性牛皮癬或皮膚角化症有所幫助，但服用時必須要小心，特別要注意下列事項：

1. 女性患者服藥期間及停藥後至少 24 個月內，絕對不可懷孕，因為在上述期間發生懷孕，則很可能產生胎兒畸形。
2. 服藥期間及停藥至少廿四個月內，請勿捐血以免受血者產生畸胎。
3. 因為對肝腎功能不全之病人為禁忌，請病人需依醫師指示定期做血液、肝功能、血脂肪等方面之檢查。
4. 未經醫師許可，絕對不可將 acitretin 製劑轉予他人使用。

本人確實瞭解採取下列方法為絕對需要：

1. 女性患者在服用 acitretin 製劑前必須驗孕以確定尚未懷孕。
2. 女性患者在服用 acitretin 製劑之前的四個星期，治療期間及停藥後至少 24 個月內，必須使用有效之避孕方法。
3. 萬一在上述期間發生懷孕，本人保證立刻通知\_\_\_\_\_醫師。

雖然本人充分瞭解假使在上述期間發生懷孕可能導致之後果，本人仍然願意接受 acitretin 製劑治療，並且願意承受這種危險性及有關注意事項。

為慎重計，特立此同意書。

日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，地點：\_\_\_\_\_

立同意書人：\_\_\_\_\_

(未達 20 歲之未成年需經法定代理人之同意)



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	適應症範圍	診斷根據
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 非 Q 波之心肌梗塞	<input type="checkbox"/> 臨床症狀 <input type="checkbox"/> 心電圖變化 <input type="checkbox"/> Troponin 升高 <input type="checkbox"/> CK-MB 升高 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈照影 <input type="checkbox"/> 其他
斷	<input type="checkbox"/> 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)	
用量 <input type="checkbox"/> 1 瓶(12.5mg) <input type="checkbox"/> 2 瓶(25mg) <input type="checkbox"/> 3 瓶(37.5mg)		
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"/> 下壁		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

附表十三 全民健康保險類風濕關節炎病患 28 處關節疾病活動度〈Disease Activity Score, DAS 28〉評估表

	右		左	
	觸痛 TENDERNESS	腫脹 SWELLING	觸痛 TENDERNESS	腫脹 SWELLING
肩關節	<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"/>
手腕關節	<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"/>
MCP 關節 II	<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"/>
MCP 關節 IV	<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"/>
姆指指間關節	<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"/>
PIP 關節 III	<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"/>
PIP 關節 V	<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"/>
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				
整體健康狀態評估 _____				

MCP 關節：掌骨與指骨間的關節 (MCP: Metacarpophalangeal)

PIP 關節：近側的指骨間關節 (PIP: Proximal Interphalangeal)

整體健康狀態評估：即在 100 mm 圖像模擬量表中所呈現的整體健康狀態

附表十四 全民健康保險疾病修飾抗風濕病藥物 (DMARDs)  
之標準目標劑量暨治療劑量表

DMARDs 名稱	標準目標劑量 Standard Target Dose	治療劑量 Therapeutic Dose
Methotrexate	15-20 毫克 / 週	7.5 毫克 / 週
Hydroxychloroquine	6.5 毫克 / 公斤 / 天	200-400 毫克 / 天
Sulphasalazine	40 毫克 / 公斤 / 天	2 公克 / 天
Intramuscular Gold	50 毫克 / 週	50 毫克 / 週
D-penicillamine	500-750 毫克 / 天	500-750 毫克 / 天
Azathioprine	2 毫克 / 公斤 / 天	100 毫克 / 天
Cyclosporines	2.5-5.0 毫克 / 公斤 / 天	2.5 毫克 / 公斤 / 天

圖一：整體健康狀態 (General Health Status)



附表十五 全民健康保險使用 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 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

符合美國風濕病學院 1987 年類風濕關節炎分類標準中之診斷條件

符合連續活動性關節炎之條件（間隔至少一個月的二次 DAS28 積分皆大於 5.1）

28 處關節疾病活動度評估〈Disease Activity Score, DAS 28〉

（請附當時關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告）

	評估時間____年____月____日				評估時間____年____月____日			
	DAS28 積分：_____				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(general health assessment)： 100 mm 圖像模擬量表中所呈現的整體健康狀態。

附表十五 全民健康保險使用 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 申請表

<input type="checkbox"/> 符合標準 DMARDs 療法失敗(定義請參照 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 使用規範，續用申請時免填)		
DMARDs 名稱	劑量	使用期間
Methotrexate	_____mg/week	____年____月____日至____年____月____日
Hydroxychloroquine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Sulphasalazine	_____g/day	____年____月____日至____年____月____日
IM Gold	_____mg/week	____年____月____日至____年____月____日
D-penicillamine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Azathioprine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Leflunomide	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Cyclosporine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
是否合併使用 prednisolone	Prednisolone 劑量	使用期間
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
經過 DMARDs 藥物六個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____ (若以 DMARDs 藥物合併使用 prednisolone 申請者，則無須填寫此欄位)		
DMARDs 藥物合併使用 prednisolone，經三個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____ (若以 DMARDs 藥物不合併使用 prednisolone 申請者，則無須填寫此欄位)		
若 DMARDs 藥物治療未達標準目標劑量(standard target dose)，請說明藥物引起之副作用： _____ _____		
<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 使用之情形」		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 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；golimumab；abatacept），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	使用 etanercept ; adalimumab ; golimumab ; abatacept 療效：經過 DMARDs 藥物 6 個月治療後或合併使用 prednisolone 3 個月治療後 DAS28 總積分下降程度大於等於( $\geq$ )1.2，或總積分仍小於 3.2 者。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 etanercept ; adalimumab ; golimumab ; 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：內專字第\_\_\_\_\_號

醫事機構章戳：

風濕病專科醫師證書：中樓字第\_\_\_\_\_號

附表十六之一：全民健康保險使用 etanercept 申請表

(四歲至十七歲兒童)

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"/> 符合活動性多關節幼年型慢性關節炎之診斷： <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1.全身性 (systemic)</li> <li><input type="checkbox"/> 2.多發性關節炎 (polyarticular) (類風濕性因子陽性或陰性者皆可)</li> <li><input type="checkbox"/> 3.擴散型的嚴重少數關節炎(extended oligoarticular)</li> </ul> 診斷條件：(請列出符合之臨床、血液及X光條件 )					
符合活動性關節炎 (請附治療前後關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告)					
		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)					

附表十六之一：全民健康保險使用 etanercept 申請表  
(四歲至十七歲兒童)

<input type="checkbox"/> 符合標準療法失敗		
藥物名稱	劑量	使用期間
Methotrexate	_____mg/m <sup>2</sup> /week	____年__月__日至____年__月__日
類固醇(藥名)	_____mg/kg/day	____年__月__日至____年__月__日
其他	_____mg/day	____年__月__日至____年__月__日
若藥物治療未達標準目標劑量，請說明藥物引起之副作用：		
<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止 etanercept 使用之情形」		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 etanercept 仿單記載之禁忌情形	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否懷孕或正在授乳。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性的感染疾病。	
<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 etanercept 療效不彰：經過六個月治療後，未達療效反應標準或有惡化現象。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 etanercept 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：中僑專醫字第\_\_\_\_\_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



附表十六之二：全民健康保險使用 adalimumab 申請表  
(十三歲至十七歲兒童)

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"/> 符合活動性多關節幼年型慢性關節炎之診斷： <input type="checkbox"/> 1.全身性 (systemic) <input type="checkbox"/> 2.多發性關節炎 (polyarticular) (類風濕性因子陽性或陰性者皆可) <input type="checkbox"/> 3.擴散型的嚴重少數關節炎(extended oligoarticular) 診斷條件：(請列出符合之臨床、血液及X光條件)					
符合活動性關節炎 (請附治療前後關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告)					
		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)					

附表十六之二：全民健康保險使用 adalimumab 申請表  
(十三歲至十七歲兒童)

<input type="checkbox"/> 符合標準療法失敗		
藥物名稱	劑量	使用期間
Methotrexate	_____mg/m <sup>2</sup> /week	____年__月__日至____年__月__日
類固醇(藥名)	_____mg/kg/day	____年__月__日至____年__月__日
其他	_____mg/day	____年__月__日至____年__月__日
若藥物治療未達標準目標劑量，請說明藥物引起之副作用：		
<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止 adalimumab 使用之情形」		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 adalimumab 仿單記載之禁忌情形	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否懷孕或正在授乳。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性的感染疾病。	
<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 adalimumab 療效不彰：經過六個月治療後，未達療效反應標準或有惡化現象。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 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)：\_\_\_\_\_

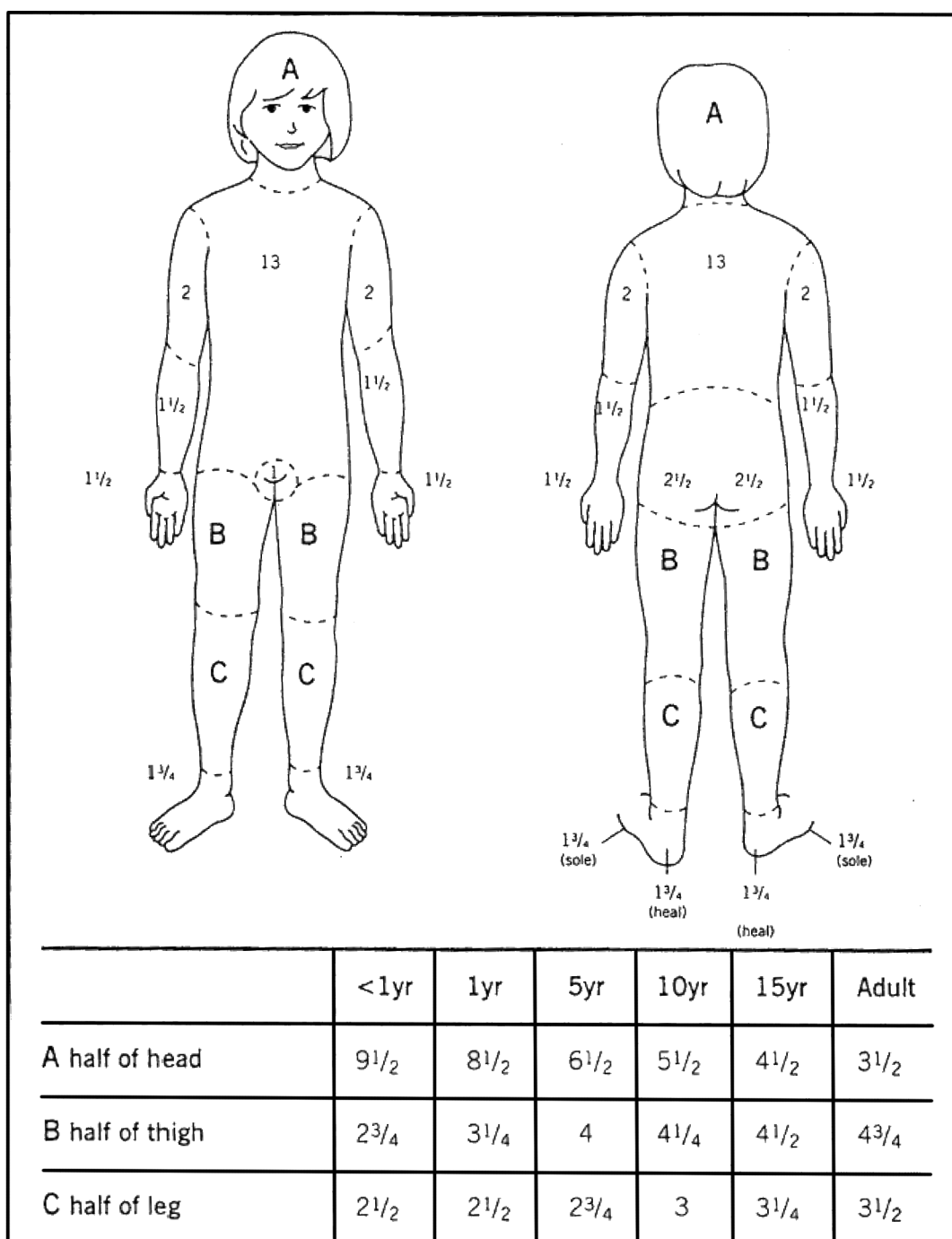
內科專科醫師證書：內專醫字第\_\_\_\_\_號

風濕病專科醫師證書：中僑專醫字第\_\_\_\_\_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

附表十七 全民健康保險使用 Tacrolimus 兒童患部面積計算圖  
Barkin 公式



附表十八 全民健康保險血友病患者使用「第八、第九凝血因子」治療紀錄表

姓名：\_\_\_\_\_ 體重：\_\_\_\_\_公斤 診斷： A型血友病  輕  中  重

B型血友病  輕  中  重

領藥日（年/月/日）：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 領藥量（瓶）：\_\_\_\_\_ 藥名：\_\_\_\_\_

注射日 (月/日)	注射時間			注射量 (瓶)	注射者					出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射效果		注射次數	副作用
	上午	下午	時間 (時/分)		自己	父親	母親	診所	其它	左	右	代號或部位	改善	未改善		

備註:1.下次回診時，請務必攜帶此紀錄

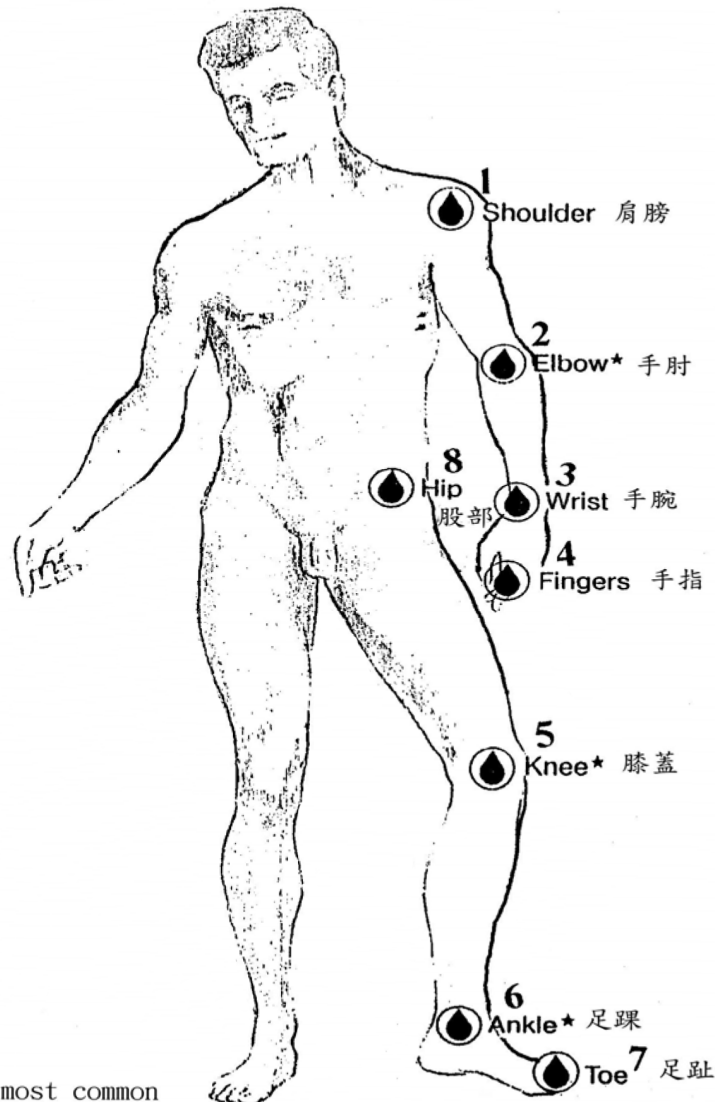
2.血部位說明請見背面圖示

3.注射次數：每次出血時第一次注射請寫“1，第二次注射請寫“2”，依此類推。預防性注射請寫△

# 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

附表十九 全民健康保險使用 Pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療後，

症狀改善評量表

病人姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

(請依自覺程度給分)：

- 1.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前口腔乾燥的情形是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 2.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前晚上睡覺時，需要起來喝水的次數是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 3.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前隨身準備水的習慣是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 4.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前口渴的情況是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 5.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前吞東西困難的情況是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 6.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前說話困難的情況是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 7.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前舌頭燒灼的感覺是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 8.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前嘴唇乾燥，龜裂的症狀是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 9.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前感覺不到味覺的症狀是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 10.使用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型後，以前聲音沙啞或改變的情形是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)

勾選完後，請交由醫師評量你口乾的症狀

總分：\_\_\_\_\_ 繼續服用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型  
不建議服用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型

醫師簽章：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

附註：總分大於十分(含)以上者，證明病人服用 pilocarpine hydrochloride 口服劑型的確有改善，可以繼續服用。若低於 10 分，則不建議服用。

附表二十 全民健康保險使用 Cevimeline hydrochloride 治療後，  
症狀改善評量表

病人姓名：\_\_\_\_\_ 病歷號碼：\_\_\_\_\_

(請依自覺程度給分)：

- 1.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前口腔乾燥的情形是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 2.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前晚上睡覺時，需要起來喝水的次數是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 3.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前隨身準備水的習慣是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 4.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前口渴的情況是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 5.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前吞東西困難的情況是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 6.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前說話困難的情況是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 7.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前舌頭燒灼的感覺是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 8.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前嘴唇乾燥，龜裂的症狀是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 9.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前感覺不到味覺的症狀是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)
- 10.使用 cevimeline hydrochloride 後，以前聲音沙啞或改變的情形是否有改善？  
 完全改善 (3)  明顯改善 (2)  輕微改善 (1)  沒有改善 (0)  更加嚴重 (-1)

勾選完後，請交由醫師評量你口乾的症狀

總分：\_\_\_\_\_  繼續服用 cevimeline hydrochloride  
 不建議服用 cevimeline hydrochloride

醫師簽章：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

附註：總分大於十分 (含) 以上者，證明病人服用 cevimeline hydrochloride 的確有改善，可以繼續服用。若低於 10 分，則不建議服用。

附表二十一之一 全民健康保險僵直性脊椎炎使用 adalimumab/etanercept/golimumab

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：

1.  年齡 18 歲以上
2.  HLA B27 陽性 (檢附報告影本)
3.  符合 1984 年修定的 僵直性關節炎診斷條件(1984 Modified New York Criteria)：臨床症狀及身體檢查，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)  腰椎額狀面與矢狀面活動受限
  - (3)  胸廓擴張受限
4.  X 光(plain X Ray)檢查需有薦腸關節炎：雙側性二級以上，或單側性三級以上、附有報告影印或 X 光影像光碟。
5.  所有的病患都必須曾經使用過至少 2 種 (NSAIDs)進行充分的治療，但療效不彰。充分治療的定義為：使用最高建議劑量或最高耐受劑量的 NSAID 抗發炎藥物在同一家醫院連續治療三個月以上，且每種 NSAID 至少使用四週以上，除非出現毒性而停藥，需以附表二十一之二為根據記錄 NSAID 之毒性送審。  
NSAID 1 藥名 \_\_\_\_\_ 劑量 \_\_\_\_\_ 使用期限 \_\_\_\_\_  
NSAID 2 藥名 \_\_\_\_\_ 劑量 \_\_\_\_\_ 使用期限 \_\_\_\_\_
6.  周邊關節炎患者必須曾經同時使用 NSAIDs 和 sulfasalazine 進行充分的治療，sulfasalazine 需以 2 g/day 之標準治療 4 個月或以上，除非有相關毒性發生而停藥，並有適當病歷記載者。  
Sulfasalazine 劑量 \_\_\_\_\_ 使用期限 \_\_\_\_\_
7.  必須附有(1)風濕或免疫專科醫師且具有保險人核定復健處方權之醫師所開立之運動衛教證明書和(2)病患自身在家運動狀況聲明書。
8.  活動性疾病持續四週以上。(需連續二次檢查 BASDAI  $\geq 6$ 、ESR  $> 28$  mm/1 hr 且 CRP  $> 1$  mg/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/1 hr) \_\_\_\_\_  
CRP (mg/dL) \_\_\_\_\_
9.  病患需填具藥物使用同意書以示瞭解本藥物之適應症、禁忌及副作用。

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。  
請填寫初次使用 adalimumab/etanercept/golimumab 治療前之 BASDAI 分數  
BASDAI 分數：\_\_\_\_\_ (評估日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)



附表二十一之一 全民健康保險僵直性脊椎炎使用 adalimumab/etanercept/golimumab

申請表

<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止 adalimumab/etanercept/golimumab 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 adalimumab/etanercept/golimumab 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(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 adalimumab/etanercept/golimumab 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

醫事機構章戳：

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

附表二十一之二 NSAID 藥物副作用：

準備使用TNF $\alpha$ 拮抗劑治療僵直性脊椎炎與乾癬性關節炎時的非類固醇類消炎止痛劑(NSAIDs)毒性標準及嚴重度說明

ULN = 正常值上限 LLN = 正常值下限

不良事件	最低等級簡述	毒性分級
<b>消化道</b>		
厭食	食量改變，但無體重明顯減輕的現象。需使用口服營養補充劑。	2 (或更高)
便秘	症狀會對日常生活(ADLs)造成干擾，需按時使用緩瀉劑或使用灌腸劑。	3 (或更高)
腹瀉	比治療之前，每日排便次數增加 4-6 次。	2 (或更高)
噁心	食量明顯降低。	2 (或更高)
非潰瘍性消化不良	每 24 小時發作大於 2 次，至少連續 5 天，且無法對同時施行的標準消化不良治療產生反應。重新使用 NSAID 治療至少一次，結果仍然失敗。	2 (或更高)
口腔炎	出現疼痛性紅斑、水腫或潰瘍，但仍可進食或吞嚥。	2 (或更高)
嘔吐	24 小時內發生兩次(含)以上。	1 (或更高)
體重增加/減輕	體重增加或減輕 20%	3 (或更高)
<b>血液</b>		
↑凝血酶原時間(PT)	PT > 2 x ULN	3 (或更高)
貧血	Hb < 8.0 g/dL	3 (或更高)
溶血現象	有證據顯示紅血球破壞程度且 Hb 下降 $\geq 2\text{gm/dL}$ ，但不需輸血。	2 (或更高)
出血	出現症狀，需進行輸血/手術或內視鏡治療。	3 (或更高)
白血球減少症	WBC < 3,000/mm <sup>3</sup>	3 (或更高)
嗜中性白血球低下症	嗜中性白血球計數 < 1,500/mm <sup>3</sup>	2 (或更高)
靜脈炎	發生靜脈炎。	2 (或更高)
血小板減少症	血小板計數 < 100,000/mm <sup>3</sup> 。	3 (或更高)
<b>心血管</b>		
心律不整	出現症狀且需接受治療。	3 (或更高)
心臟功能	對治療產生鬱血性心臟衰竭。	3 (或更高)
高血壓	收縮壓上升 20 mmHg，或原本正常的血壓升高至 >150/100。	2 (或更高)
局部缺血	需接受手術治療。	3 (或更高)
心包積水/心包炎	心包炎(心包摩擦音、ECG 出現變化、或胸痛)。	2 (或更高)
<b>中樞神經系統</b>		
運動失調	出現輕度症狀，會干擾身體功能，但不影響日常活動。	2 (或更高)
意識程度降低	出現嗜睡或鎮靜反應，會干擾身體功能，但不影響日常活動。	2 (或更高)
頭痛(嚴重)	嚴重頭痛(需使用複合鎮痛劑)，且疼痛程度或鎮痛劑的使用會對日常生活造成干擾。非細菌性腦膜炎。	3 (或更高)
聽力	耳鳴或聽力減弱，但不需治療。	2 (或更高)
失眠	經常難以入睡，並會對日常生活造成干擾。	3 (或更高)
情緒轉變	情緒轉變，會干擾身體功能，但不影響日常活動。	2 (或更高)
感覺(神經病變)	深部肌腱反射減弱或出現感覺異常的現象，但不影響身體功能。	1 (或更高)
動作協調不良	出現輕度症狀，會干擾身體功能，但不影響日常活動。	2 (或更高)

視力	出現症狀並會干擾身體功能，但不影響日常活動。	3 (或更高)
<b>皮膚</b>		
禿髮	毛髮明顯減少。	2 (或更高)
發癢	症狀強烈且分佈範圍廣泛，並會對日常生活造成干擾。	3 (或更高)
光敏感	出現疼痛性紅斑及(或)水泡。	2 (或更高)
皮疹/脫皮	出現分散的斑狀或丘狀皮疹或紅斑，並有搔癢或其它相關症狀，分佈範圍<50%體表面積；或出現局部脫皮的現象或其它病變，分佈範圍<50%體表面積。	2 (或更高)
蕁麻疹	需接受< 24 小時的藥物治療。	3 (或更高)
血管炎	需使用類固醇治療。	3 (或更高)
<b>肝臟</b>		
↑血清鹼性磷酸酶	2.5 x ULN	2 (或更高)
膽紅素升高	> 1.5 x ULN	3 (或更高)
轉胺酶升高	一次檢查的結果顯示 ALT 及(或)AST > 2.5 x ULN，或 3 次檢查的結果顯示>1.5 x ULN。	2 (或更高)
<b>呼吸道</b>		
咳嗽(嚴重)	嚴重咳嗽或咳嗽性痙攣，且治療控制效果不佳或無法對治療產生反應。證據顯示停止治療後可恢復正常。	3 (或更高)
呼吸困難	用力時會出現呼吸短促的現象，進行一般的日常活動時也會出現症狀。	2 (或更高)
肺炎/肺浸潤	X 光檢查發現變化，且需使用類固醇或利尿劑治療。	2 (或更高)
肺纖維化	需使用類固醇或利尿劑治療。	2 (或更高)
<b>腎臟</b>		
↑尿素	≥ 2.5 x ULN	2 (或更高)
膀胱炎	經常排尿困難；有肉眼可見的血尿現象；細菌培養呈陰性反應。重新治療仍會再度發生。	2 (或更高)
血鉀升高	≥ 6.0 mmol/L	3 (或更高)
血尿	血尿現象肉眼明顯可見。	2 (或更高)
水腫	膝部或較高的部位出現凹陷性水腫。	3 (或更高)
蛋白尿	2+級(含)以上(或 1.0–3.5 克/24 小時)	2 (或更高)
腎功能損害	肌酸酐廓清率<30 毫升/分鐘。	3 (或更高)
<b>其它</b>		
過敏	蕁麻疹、藥物熱>38°C、或支氣管痙攣。	2 (或更高)
發燒(未出現嗜中性白血球減少的現象)	體溫>39°C (口溫或耳溫)。	2 (或更高)
感染	嚴重的全身性感染，需接受 IV 抗菌治療或住院治療。	3 (或更高)
冒汗	經常發生，並會汗濕全身，72 小時內發生> 4 次。	2 (或更高)

附表二十二之一：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 Adalimumab/Etanercept  
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：

- 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

附表二十二之一：全民健康保險乾癱性周邊關節炎使用 Adalimumab/Etanercept  
申請表

<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止 adalimumab/etanercept 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 adalimumab/etanercept 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(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 adalimumab/etanercept 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：中僂字第\_\_\_\_\_號

免疫專科醫師證書：中免專字第\_\_\_\_\_號

## 附表二十二之二：乾癬性周邊關節炎使用 DMARDs 標準目標劑量及有效治療劑量的定義

(1) 符合標準疾病修飾類藥物(DMARDs)療法失敗的定義之前，應達到使用的標準目標劑量 (standard target doses)：

- Sulphasalazine 2 g/天 (分次使用)
- Methotrexate 15 mg/週
- Cyclosporine 3-5 mg/kg/天
- Leflunomide 20 mg/天

(2) 疾病修飾類藥物(DMARDs)有效治療劑量(therapeutic doses)的定義：

- Sulphasalazine 1-2 g/天 (分次使用)
- Methotrexate 7.5 mg/週
- Cyclosporine 3 mg/kg/天
- Leflunomide 10 mg/天

附表二十二之三：乾癬性關節炎評估表

有 78 個可能疼痛及 76 個可能腫脹關節，應記錄其症狀；有症狀為 1 分，沒症狀為 0 分。  
(申請續用時填原始評估日期及分數)

JOINT	RIGHT 右邊		LEFT 左邊	
	Tender	Swollen	Tender	Swollen
Temp. Mandibular				
Sternoclavicular				
Acromioclavicular				
Shoulder				
Elbow				
Wrist				
CMC				
MCP1				
MCP2				
MCP3				
MCP4				
MCP5				
PIP1				
PIP2				
PIP3				
PIP4				
PIP5				
DIP2				
DIP3				
DIP4				
DIP5				
Hip		不計		不計
Knee				
Ankle				
Tarsi				
MTP1				
MTP2				
MTP3				
MTP4				
MTP5				
Toes(PIP)1				
PIP2				
PIP3				
PIP4				
PIP5				
Toes (DIP)2				
DIP3				
DIP4				
DIP5				

- 目前評估日期： 年 月 日 1. Tender joint score: \_\_\_\_\_ 2. Swollen joint score: \_\_\_\_\_
- 原始評估日期： 年 月 日 1. Tender joint score: \_\_\_\_\_ 2. Swollen joint score: \_\_\_\_\_
- 病人自我評估 目前(0-5 分) \_\_\_\_\_，評估日期： 年 月 日
- 病人自我評估 原始(0-5 分) \_\_\_\_\_，評估日期： 年 月 日
- 醫師整體評估 目前(0-5 分) \_\_\_\_\_，評估日期： 年 月 日
- 醫師整體評估 原始(0-5 分) \_\_\_\_\_，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 Adalimumab/Etanercept

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：

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(plain X Ray)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)
 

NSAID 1 藥名 \_\_\_\_\_ 劑量 \_\_\_\_\_ 使用期限 \_\_\_\_\_

NSAID 2 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  $\geq 6$ 、ESR  $> 28$  mm/1 hr 且 CRP  $> 1$  mg/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/1 hr) \_\_\_\_\_

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 Adalimumab/Etanercept 治療前之 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 Adalimumab/Etanercept  
申請表(第二頁)

<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止 adalimumab/etanercept 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 adalimumab/etanercept 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(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 adalimumab/etanercept 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

附表二十二之五：NSAID 藥物副作用

準備使用TNF $\alpha$ 拮抗劑治療僵直性脊椎炎與乾癱性關節炎時的非類固醇類消炎止痛劑(NSAIDs) 毒性標準及嚴重度說明

ULN = 正常值上限      LLN = 正常值下限

不良事件	最低等級簡述	毒性分級
<b>消化道</b>		
厭食	食量改變，但無體重明顯減輕的現象。需使用口服營養補充劑。	2 (或更高)
便秘	症狀會對日常生活(ADLs)造成干擾，需按時使用緩瀉劑或使用灌腸劑。	3 (或更高)
腹瀉	比治療之前，每日排便次數增加 4-6 次。	2 (或更高)
噁心	食量明顯降低。	2 (或更高)
非潰瘍性消化不良	每 24 小時發作大於 2 次，至少連續 5 天，且無法對同時施行的標準消化不良治療產生反應。重新使用 NSAID 治療至少一次，結果仍然失敗。	2 (或更高)
口腔炎	出現疼痛性紅斑、水腫或潰瘍，但仍可進食或吞嚥。	2 (或更高)
嘔吐	24 小時內發生兩次(含)以上。	1 (或更高)
體重增加/減輕	體重增加或減輕 20%	3 (或更高)
<b>血液</b>		
↑凝血酶原時間 (PT)	PT > 2 x ULN	3 (或更高)
貧血	Hb < 8.0 g/dL	3 (或更高)
溶血現象	有證據顯示紅血球破壞程度且 Hb 下降 $\geq$ 2gm/dL，但不需輸血。	2 (或更高)
出血	出現症狀，需進行輸血/手術或內視鏡治療。	3 (或更高)
白血球減少症	WBC < 3,000/mm <sup>3</sup>	3 (或更高)
嗜中性白血球低下症	嗜中性白血球計數 < 1,500/mm <sup>3</sup>	2 (或更高)
靜脈炎	發生靜脈炎。	2 (或更高)
血小板減少症	血小板計數 < 100,000/mm <sup>3</sup> 。	3 (或更高)
<b>心血管</b>		
心律不整	出現症狀且需接受治療。	3 (或更高)
心臟功能	對治療產生鬱血性心臟衰竭。	3 (或更高)
高血壓	收縮壓上升 20 mmHg，或原本正常的血壓升高至 >150/100。	2 (或更高)
局部缺血	需接受手術治療。	3 (或更高)
心包積水/心包炎	心包炎(心包摩擦音、ECG 出現變化、或胸痛)。	2 (或更高)
<b>中樞神經系統</b>		
運動失調	出現輕度症狀，會干擾身體功能，但不影響日常活動。	2 (或更高)
意識程度降低	出現嗜睡或鎮靜反應，會干擾身體功能，但不影響日常活動。	2 (或更高)
頭痛(嚴重)	嚴重頭痛(需使用複合鎮痛劑)，且疼痛程度或鎮痛劑的使用會對日常生活造成干擾。非細菌性腦膜炎。	3 (或更高)
聽力	耳鳴或聽力減弱，但不需治療。	2 (或更高)
失眠	經常難以入睡，並會對日常生活造成干擾。	3 (或更高)
情緒轉變	情緒轉變，會干擾身體功能，但不影響日常活動。	2 (或更高)

感覺(神經病變)	深部肌腱反射減弱或出現感覺異常的現象，但不影響身體功能。	1 (或更高)
動作協調不良	出現輕度症狀，會干擾身體功能，但不影響日常活動。	2 (或更高)
視力	出現症狀並會干擾身體功能，但不影響日常活動。	3 (或更高)
<b>皮膚</b>		
禿髮	毛髮明顯減少。	2 (或更高)
發癢	症狀強烈且分佈範圍廣泛，並會對日常生活造成干擾。	3 (或更高)
光敏感	出現疼痛性紅斑及(或)水泡。	2 (或更高)
皮疹/脫皮	出現分散的斑狀或丘狀皮疹或紅斑，並有搔癢或其它相關症狀，分佈範圍<50%體表面積；或出現局部脫皮的現象或其它病變，分佈範圍<50%體表面積。	2 (或更高)
蕁麻疹	需接受< 24 小時的藥物治療。	3 (或更高)
血管炎	需使用類固醇治療。	3 (或更高)
<b>肝臟</b>		
↑血清鹼性磷酸酶	2.5 x ULN	2 (或更高)
膽紅素升高	> 1.5 x ULN	3 (或更高)
轉胺酶升高	一次檢查的結果顯示 ALT 及(或)AST > 2.5 x ULN，或 3 次檢查的結果顯示>1.5 x ULN。	2 (或更高)
<b>呼吸道</b>		
咳嗽(嚴重)	嚴重咳嗽或咳嗽性痙攣，且治療控制效果不佳或無法對治療產生反應。證據顯示停止治療後可恢復正常。	3 (或更高)
呼吸困難	用力時會出現呼吸短促的現象，進行一般的日常活動時也會出現症狀。	2 (或更高)
肺炎/肺浸潤	X 光檢查發現變化，且需使用類固醇或利尿劑治療。	2 (或更高)
肺纖維化	需使用類固醇或利尿劑治療。	2 (或更高)
<b>腎臟</b>		
↑尿素	≥ 2.5 x ULN	2 (或更高)
膀胱炎	經常排尿困難；有肉眼可見的血尿現象；細菌培養呈陰性反應。重新治療仍會再度發生。	2 (或更高)
血鉀升高	≥ 6.0 mmol/L	3 (或更高)
血尿	血尿現象肉眼明顯可見。	2 (或更高)
水腫	膝部或較高的部位出現凹陷性水腫。	3 (或更高)
蛋白尿	2+級(含)以上(或 1.0–3.5 克/24 小時)	2 (或更高)
腎功能損害	肌酸酐廓清率<30 毫升/分鐘。	3 (或更高)
<b>其它</b>		
過敏	蕁麻疹、藥物熱>38°C、或支氣管痙攣。	2 (或更高)
發燒(未出現嗜中性白血球減少的現象)	體溫>39°C (口溫或耳溫)。	2 (或更高)
感染	嚴重的全身性感染，需接受 IV 抗菌治療或住院治療。	3 (或更高)
冒汗	經常發生，並會汗濕全身，72 小時內發生> 4 次。	2 (或更高)

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/ two weeks  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/ two weeks 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 (New York Heart Association class IV)。
<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)

Day 1 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_\_mg, DAS28 總積分\_\_\_\_\_

Day 15 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_\_mg,

Week 21 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日, DAS28 總積分\_\_\_\_\_

DAS28 總積分下降程度  $\geq 1.2$  (下降\_\_\_\_\_分), 或  DAS28 總積分  $< 3.2$  者

Day 1 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_\_mg, DAS28 總積分\_\_\_\_\_

Day 15 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_\_mg (給藥時機為  DAS28 總積分  $\geq 3.2$  者, 或  DAS28 總積分上升  $\geq 0.6$ )

Week 21 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日, DAS28 總積分\_\_\_\_\_

DAS28 總積分下降程度  $\geq 1.2$  (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 (New York Heart Association class IV)。
<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 〈Disease Activity Score, DAS 28〉

	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(general health assessment)： 100 mm 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) ]  $\geq 10$  (不適用 PASI 測定如膿疱性乾癬，則以範圍  $\geq 10\%$  體表面積)。

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

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.  PASI  $\geq$  10（需附照片）；
  - ii.  停藥後至少有 50%復發（需附上次療程治療前、後及本次照片）；
  - iii.  原 PASI > 20 者，經治療後目前仍符合 PASI  $\geq$  10，且與初次治療前療效達 PASI50。
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。



<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〉，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 已達 PASI75 療效：治療超過 3 個月，達 PASI75 且病灶未符合 PASI $\geq$ 10。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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

**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) ]  $\geq 10$ （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.  PASI  $\geq 10$ （需附照片）；
  - ii.  停藥後至少有 50%復發（需附上次療程治療前、後及本次照片）；
  - iii.  原 PASI  $> 20$  者，經治療後目前仍符合 PASI  $\geq 10$ ，且與初次治療前療效達 PASI50。
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。

<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〉，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 已達 PASI75 療效：治療超過 3 個月，達 PASI75 且病灶未符合 PASI $\geq$ 10。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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

附表二十四之三：乾癬面積暨嚴重度指數【Psoriasis Area Severity Index (PASI)】

乾癬面積 (Area)：合併總面積佔體表% \_\_\_\_\_

涵蓋程度	0%	< 10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	90-100%
分數	0	1	2	3	4	5	6
皮膚部位							

部位：頭部(h)、軀幹(t)、上肢(u)、下肢(l)

乾癬嚴重度 (Severity)：

嚴重度	None	Some	Moderate	Severe	Maximum
分數	0	1	2	3	4
發紅 (E)	None	Slight pink	Pink	Red	Dark red/purpura
病灶厚度 (I)	None	Slight elevation	Moderate elevation with rounded or sloped edges	Marked elevation with marked sharp edges	Very marked elevation with very hard sharp edges
脫屑狀況 (D)	None	Fine scale	Coarse scales with most lesions partially covered by scale	Coarse scales with almost all lesions covered by a rough surface	Very coarse thick scales covering all lesions, very rough surface

$$PASI = 0.1 * (E_h + I_h + D_h) * A_h + 0.3 * (E_t + I_t + D_t) * A_t + 0.2 * (E_u + I_u + D_u) * A_u + 0.4 * (E_l + I_l + D_l) * A_l$$

## 附表二十五 中華民國人類遺傳學會黏多醣症第Ⅱ型治療原則

定義：黏多醣症第Ⅱ型是由於患者體內缺乏艾杜糖醛酸鹽-2-硫酸酯酶(iduronate-2-sulfatase, IDS) 活性所引起的溶小體儲積症，屬性聯隱性遺傳疾病。Elaprased 乃是以基因重組技術合成之人類 IDS 酵素純化物「idusulfase」的配方製劑，且經過美國 FDA 許可上市，為治療黏多醣症第Ⅱ型的有效藥物，但是依據至目前為止所累積的文獻及研究報告，Elaprased 無法通過血腦屏障(blood-brain barrier)，靜脈注射 Elaprased 尚不確定能有效治療黏多醣症第Ⅱ型患者之腦部病變，尤其在三足歲之後才開始治療之嚴重型患者，其智能發展未被證明能明顯受惠於使用 Elaprased 之酵素替代療法。

治療原則：

1. 診斷：除了臨床表徵及尿液葡萄糖胺聚醣定性、定量檢驗的佐證外，須證明患者週邊血液白血球或血漿，或經培養之皮膚纖維芽細胞的 IDS 酵素活性缺乏，或者是患者位於 X 染色體 Xq27-28 位點上之 IDS 基因經分子生物學檢驗確認有一處已知或必然會引起黏多醣症第Ⅱ型之突變。
2. 排除條件：
  - 2.1 因 Elaprased 無法通過血腦屏障(blood-brain barrier)，靜脈注射 Elaprased 無法有效治療 MPS ⅡA，若有明顯中樞神經症狀時，應判為 MPS ⅡA 且不予治療。
  - 2.2 未經治療之患者沒有任何會影響健康之症狀時。
  - 2.3 患者有明顯之中樞神經症狀退化時。
    - 2.3.1 未能確定患者是否有明顯之中樞神經症狀時，應先給予 Elaprased 治療，每半年再定期追蹤其中樞神經症狀，並請醫師檢具該病患無認知功能退化之證明，作為是否繼續給予治療的依據。
3. 劑量與治療相關事項：
  - 3.1 標準劑量為每週經靜脈注射給予 Elaprased 0.5 mg/Kg。
  - 3.2 目前尚無任何可靠資訊可供調整劑量之參考。
  - 3.3 黏多醣症第Ⅱ型患者之器官傷害多屬不可逆性，治療前應和患者及家長充分溝通，確定其了解治療的預期效果。
  - 3.4 治療前應告知患者及家長其有義務接受定期追蹤評估，在中樞神經症狀明顯惡化情況下，主責治療之專科醫師在向患者及家長清楚解釋後，有權決定適時停止 Elaprased 之治療。

4. 醫師應定期追蹤評估患者治療之效果，以決定是否續用。

#### 追蹤細則

1. 建議追蹤事項：

1.1 身高體重，尿液黏多醣量，至少六個月一次。

1.2 整體智能發展，肝臟大小，脾臟大小，心電圖，心臟超音波，六分鐘步行測驗。至少一年一次。

2 治療指標：

2.1 治療目標為尿液黏多醣量減少或正常，整體狀況進步或穩定。

2.2 如整體智能發展持續惡化時，應考慮停止治療。

附表二十六之一 全民健康保險克隆氏症使用 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：

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：治療第三劑後，達到有效緩解或部份有效緩解之誘導。

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：每 16 週(使用 8 劑)評估一次，評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 CDAI 分數。

治療期滿 40 週(使用 20 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。



附表二十六之一 全民健康保險克隆氏症使用 adalimumab 申請表

<input type="checkbox"/> 符合「須排除或停止 adalimumab 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 adalimumab 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 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：\_\_\_\_\_

附表二十六之二 CDAI (Crohn's disease activity index)

總分最高為 600 分

臨床或檢驗項目	加權	得分
每星期中每天稀便與軟便次數之總和	X 2	
每星期中每天腹痛分數之總和 (0=無, 1=輕微, 2=中度, 3=嚴重; 每星期總和: 0-21)	X 5	
每星期中每天身體狀況分數之總和 (0=好, 1=稍差, 2=差, 3=很差, 4=極差; 每星期總和: 0-28)	X 7	
併發症之發生	X 20	
服用強的止瀉藥或鴉片類藥物來止瀉	X 30	
腹部有腫塊 (0=無, 2=可能有摸到, 5=確定有)	X 10	
血紅素 hematocrit 與正常值(男 47%,女 42%)之差距(差 1%=1 分)	X 6	
與標準體重之百分比差距(差 1%=1 分)	X 1	
有下列項目各加 1 分 1. 關節痛或關節炎 2. 眼睛炎 iris or uveitis 3. 發生 erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, 或 aphthous ulcers 4. 肛裂或肛門瘻管或膿瘍 5. 身體其他地方瘻管 6. 最近一週內曾有發燒體溫超過 38.5°C		
<b>總 分</b>		

附表二十七 全民健康保險 cyclosporine 事前審查申請書										<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 申覆		受理	日期	編號
醫療機構	名稱	代號	保險對象	姓名	出生	年月日	原受理編號	預日	定實	施期	年	月	日	
				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-9 代碼	疾病名稱				使用日期		年 月 日至 年 月 日							
藥品代碼	申請類別	給付規定					用法 用量	申請 數量	保險人核定欄					
Restasis <input type="checkbox"/> B0242064CR	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	限符合下列條件，乾眼症嚴重程度為Level 4之病患使用： <input type="checkbox"/> 嚴重乾眼症〔淚液分泌測試(Schirmer's test without anesthesia) 少於2mm/5min〕，需附檢查試紙。 <input type="checkbox"/> 淚膜崩裂時間(Tear Film Break-Up Time) 為 immediate。 <input type="checkbox"/> 螢光染色之照片，顯示有嚴重角膜點狀上皮缺損，結膜充血染色且有絲狀角膜炎，角膜潰瘍，或眼瞼結膜粘連，角膜結膜角質化之情形。 <input type="checkbox"/> 曾使用局部抗發炎藥物或淚點塞未見改善。 <input type="checkbox"/> 視力功能檢查結果<0.6。					<input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其他	<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"/> 相關檢驗、檢查報告不全補附資料再審，請補充以下資料_____。 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
項次:1														
項目類別:1														
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。											保險人	日期章戳	審查醫師
	醫事服務機構	負責醫師 印信	申請日期： 年 月 日					承辦人	複核	科長	決行			
											文號：			

附表二十八：全民健康保險使用 tocilizumab 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 (請檢附使用 etanercept、adalimumab 或 golimumab 六個月或以上之病歷影本)  
(療效之定義：經治療後評估 DAS28 總積分下降程度  $\geq 1.2$ ，或 DAS28 總積分  $< 3.2$  者。)

Etanercept \_\_\_\_\_mg/week  
 Adalimumab \_\_\_\_\_mg/two weeks  
 Golimumab \_\_\_\_\_mg/month

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：\_\_\_\_\_

HBsAg + -  Anti-HCV + -

<input type="checkbox"/> 符合「須排除或停止 tocilizumab 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 tocilizumab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否對 tocilizumab 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 (New York Heart Association class IV)。
<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 tocilizumab 療效：

申請第 1 次重複療程者(填寫初次療效)

Day 1 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_mg, DAS28 總積分\_\_\_\_

Week 12 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日, DAS28 總積分\_\_\_\_

(初次使用 tocilizumab 治療後第 12 週未達療效者【療效之定義：DAS28 總積分下降程度  $\geq 1.2$ ，或 DAS28 總積分  $< 3.2$  者】，得調高劑量至 8mg/kg)

(請檢附當時申報 tocilizumab 之相關資料)

申請第 2 次以上重複療程者(填寫前兩次療效)

Day 1 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_mg, DAS28 總積分\_\_\_\_

Week 12 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日, DAS28 總積分\_\_\_\_

DAS28 總積分下降程度  $\geq 1.2$  (下降\_\_\_\_分)，或  DAS28 總積分  $< 3.2$  者

Day 1 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_mg, DAS28 總積分\_\_\_\_

Week 12 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日, DAS28 總積分\_\_\_\_

DAS28 總積分下降程度  $\geq 1.2$  (下降\_\_\_\_分)，或  DAS28 總積分  $< 3.2$  者

(請檢附當時申報 tocilizumab 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 tocilizumab 使用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 tocilizumab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否對 tocilizumab 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 (New York Heart Association class IV)。
<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 tocilizumab 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 〈Disease Activity Score, DAS 28〉

	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(general health assessment)：100 mm 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)：\_\_\_\_\_ 號  
 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

醫事機構章戳：

附表二十九 全民健康保險 ranibizumab 事前審查申請表

<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 申覆										受 理	日期 編號			
醫療 機構	名稱		保 險 對 象	姓 名		出生	年 月 日	原 受 理 編 號		預 定 實 施 期	年 月 日			
	代號			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-9(10)代碼			疾 病 名 稱				使 用 日 期		年 月 日 至 年 月 日					
藥 品 代 碼		申 請 類 別	給 付 規 定				用 法 用 量	申 請 數 量	保 險 人 核 定 欄					
Lucentis 10mg/mL <input type="checkbox"/> 0.23 mL K0008792FM  <input type="checkbox"/> 0.3mL K000879205		<input type="checkbox"/> 第一次申請  <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	1.限用於50歲以上血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(AMD)。 2.限眼科專科醫師使用。 3.限病眼最佳矯正視力於0.05~0.5之間。 4.須經事前審查核准後使用,申請時需檢附一個月內有效之fluorescein angiography (FAG), Optical coherence tomography (OCT), 矯正視力及眼底彩色照片。若有需要排除多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(polypoidal choroidal vasculopathy, PCV)之疑慮時,須執行並於申請時檢附 indocyanone green angiography (ICG)。 5.限定每眼每年使用不得超過3次,使用期限為2年。 6.必須排除下列情況: (1)已產生黃斑部結痂者。 (2)血管新生型AMD進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。 (3)經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV)。 (4)高度近視,類血管狀破裂症(angiod streaks),或其他非AMD所造成視網膜中央窩(fovea)下之脈絡膜新生血管(Choroidal neovascularization:CNV)。				<input type="checkbox"/> BID  <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 其他	<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"/> 相關檢驗、檢查報告不全補附資料再審,請補充以下資料_____。 其他:_____					
項次:														
項目類別:														
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,請逕向保險人各地分局申請審核。 2. 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,請逕向保險人各地分局申請審核。 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。											保 險 人	日 期 章 戳	審 查 醫 師
	醫事服務機構	負責醫師  印信	申請日期: 年 月 日						承 辦 人	複 核	科 長	決 行		
		文號:												

附表三十之一 全民健康保險使用陣發性夜間血紅素尿症治療藥品 eculizumab 特殊專案審查申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日				
	代號	身分證統一編號			科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院		病歷號碼	申請醫師身分證號			
ICD-9 代碼		疾病名稱			使用日期		年 月 日至 年 月 日					
藥品代碼	申請類別	給付規定				用法用量	申請數量	保險人核定欄				
Soliris <input type="checkbox"/> X000106243	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請續用							<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"/> 不符合給付規定之適應症。 <input type="checkbox"/> 未有佐證資料，排除其他原因引起之貧血。 <input type="checkbox"/> 治療計畫未註明 meningococcal vaccine (流行性腦脊髓膜炎疫苗)施打計畫。 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或生化檢驗數據) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 <input type="checkbox"/> 其他：				
醫事服務機構	醫院 印信	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，併附3份相關之病歷及佐證資料，不必備文，逕向保險人臺北業務組申請審核。 2. 本藥劑續用之申請，請於前次准用期限一個月前，向保險人臺北業務組申請審核，以免斷藥。 3. 使用本項藥品之前必須施打流行性腦脊髓膜炎疫苗，申請使用之治療計畫書必須含流行性腦脊髓膜炎疫苗施打計畫，申請續用時，請檢附最近一次流行性腦脊髓膜炎疫苗施打之資料供參。 4. 原受理編號，申復時填寫，初次送核不須填寫。 5. 本案藥品審查歸屬特殊專案審查，不適用本標準第64條及第65條之規定。 6. 應專案審查之項目，未依規定專案審查申請核准者，不予給付費用；專案審查申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 7. 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。 8. 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。 9. 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。				保險人 日期章戳						
						申請日期： 年 月 日 文號：		承辦人	複核	科長	決行	



附表三十之二 陣發性夜間血紅素尿症患者事前申請 Soliris (eculizumab)用藥檢附資料查檢表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 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)		預定實施日期						
	代號		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 身分證號						
ICD-9 代碼		疾病名稱		使用日期		年 月 日至 年 月 日							
藥品代碼	申請類別	給付規定			用法 用量	申請 數量	保險人核定欄						
Soliris <input type="checkbox"/> X000106243		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次 申請續用						<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"/> 不符合給付規定之適應症。 <input type="checkbox"/> 未有佐證資料，排除其他原因引起之貧血。 <input type="checkbox"/> 治療計畫未註明 meningococcal vaccine (流行性腦脊 髓膜炎疫苗)施打計畫。 <input type="checkbox"/> 未附治療計畫(預計使用上述藥物之劑量及預計使 用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或生化 檢驗數據) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 <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，併附3份相關之病歷及佐證資料，不必備文，請逕向保險人臺北業務組申請審核。 2.本案藥品續用之申請，請於前次准用期限一個月前，向保險人臺北業務組申請審核，以免斷藥。 3.使用本項藥品前必須施打流行性腦脊髓膜炎疫苗，申請使用之治療計畫書必須含流行性腦脊髓膜炎疫苗施打計畫，申請續用時，請檢附最近一次流行性腦脊髓膜炎疫苗施打之資料供參。 4.「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 5.本案藥品之審查歸屬特殊專案審查，不適用本標準第64條及第65條之規定。 6.應專案審查之項目，未依規定專案審查申請核准者，不予給付費用；專案審查申請核准之個案，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。 7.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。 8.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。 9.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。						保險人		日期章戳				
	醫事服 務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日				承辦人		複核		科長		決行
						文號：							

附表三十之二 陣發性夜間血紅素尿症患者事前申請 Soliris (eculizumab) 用藥  
檢附資料查檢表

新個案初次申請		
給付規定	送審應檢附資料	資料確認
<p>一、限用於陣發性夜間血紅素尿症患者且 PNH granulocyte clone size 經兩種抗體確認大於 50%，並符合下列條件之一者使用：</p>	<p><b>診斷依據(必備)：</b></p>	
	(1) 病史摘要說明。	
	(2) 治療計畫，必須包含 meningococcal vaccine 之施打計畫。	
	(3) 近三個月內之 CBC、WBC 分類及 reticulocyte 至少兩次。 若病患已接受長期輸血中，可酌加附診斷時或開始接受輸血時之 CBC、WBC 分類及 reticulocyte，並附加說明近三個月內之 CBC 結果與輸血之關係，以利評估目前之造血功能。	
	(4) 近三個月內有關溶血性貧血活性之評估檢驗報告。	
	(5) 六個月內之骨髓檢查報告。	
	(6) 六個月內之流式細胞儀的診斷報告，須包含細胞圈選(gating)圖及細胞表面抗原-抗體作用強度圖(即 histogram 或 dot plots 圖)：須符合經兩種以上抗體確認 PNH 之 granulocyte clone size 均大於 50%	
<p>(一) 有溶血性貧血，血紅素濃度至少有兩次檢測數值低於 7g/dL 或有心肺功能不全症狀 (New York Heart Association Class III 或 IV) 且血紅素濃度低於 9g/dL，並須長期大量輸血(3 個月內至少輸血 6 個單位以上)。須排除其他原因引起之貧血，包括缺鐵性貧血或出血等。</p>	A. 溶血性貧血：近三個月以內兩次以上 Hb 小於 7.0 gm/dL 之 CBC 及 WBC 分類報告。若病患已接受長期輸血中，可酌加附診斷時或開始接受輸血時 Hb 小於 7.0 gm/dL 之 CBC、WBC 分類及 reticulocyte 報告，並附加說明近三個月內之 CBC 結果與輸血之關係，以利評估目前之造血功能。	
	B. 心肺功能不全症狀 (New York Heart Association Class III 或 IV)：檢附六個月內評估為 NYHA functional class III 或 IV 之門住診病歷影本(含症狀描述)，並需加附相關之心肺功能評估檢驗或檢查報告，及血紅素濃度低於 9.0 g/dL 之 CBC 及 WBC 分類報	

	告。	
	C. 近三個月內輸血超過 packed RBCs 六個單位之病歷記錄影本。	
	D. 近三個月內之 Iron profiles。	
(二) 有發生危及生命之虞之血栓並導致明顯器官功能受損者，但須排除其他已知原因引起之血栓。 1.任何位置之動脈血栓。 2.重要部位之靜脈性血栓，包括腦部靜脈、靜脈竇、上下腔靜脈、近端深部靜脈、肝靜脈或肝門靜脈血栓等。	A. 確認發生動脈或靜脈血栓之檢驗或檢查報告。	
	B. 排除凝血功能異常(如 Protein C、Protein S 等因子之功能)之檢驗評估報告。	
	C. 排除其他血栓誘發原因(如長期臥床、手術、estrogen)等之評估，可以病歷說明並檢附影本為之。	
(三) 發生因血管內溶血導致的進行性腎功能衰竭 (serum creatinine 大於 2.0 mg/dL)，且無法以其他原因解釋者。	A. 兩次以上之 serum creatinine 報告證明病患處於進行性腎功能惡化中，且送審前一個月內之 serum creatinine 已超過 2.0 mg/dL。	
	B. 可排除其他常見腎功能異常原因(如糖尿病、高血壓、自體免疫疾病或藥物引起之腎毒性)之病歷影本或檢驗報告。	
	C. 腎臟切片病理報告。 若病患有腎臟切片之禁忌症，請加以說明並附病歷或報告影本，並須另行檢附腎臟專科醫師關於腎功能惡化原因評估之門或住診病歷影本。	
二、排除有高危險之骨髓化生不良症候群 (RAEB-1 或 RAEB-2) 的病患。	六個月內骨髓檢查報告(新申請案必備)	
三、新個案需經專家小組事前審核核准後使用，每次申請期限為 6 個月。		
<b>續用申請</b>		
給付規定	送審應檢附資料	資料確認
四、每 6 個月須重新評估治療結果。 五、若符合下列條件之一，則不同意使用。 (一) 接受治療的患者用藥後病	<b>必備：</b>	
	(1) 病史摘要說明及治療後療效評估說明。	
	(2) 治療計畫書，須說明 eculizumab 申請續治療期間已在過往施打	

<p>情沒有改善者 (LDH 超過正常值上限的 1.5 倍或最近 3 個月內輸血多於 2 個單位)。</p> <p>(二) PNH granulocyte clone size <math>\leq 50\%</math>。</p> <p>(三) 發生嚴重再生不良性貧血，其檢查結果符合下列兩項或兩項以上者：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 中性白血球數目 (neutrophil count) <math>&lt; 0.5 \times 10^9/L</math>。</li> <li>2. 血小板數目 (platelet count) <math>&lt; 20 \times 10^9/L</math>。</li> <li>3. 網狀細胞 (reticulocytes) <math>&lt; 25 \times 10^9/L</math>。</li> <li>4. 骨髓內造血細胞密度 <math>&lt; 30\%</math>。</li> </ol>	meningococcal vaccine 效期內，或是有再次施打之計畫。	
	(3) 近三個月內之 CBC、WBC 分類及 reticulocyte 至少兩次。	
	(4) 近三個月內之溶血性貧血活性評估，必須包含 LDH。	
	(5) 第一次送審時所附之 CBC 及 WBC 分類	
	(6) 六個月內之流式細胞儀的診斷報告及細胞圈選(gating)圖：仍須符合經兩種以上抗體確認 PNH 之 granulocyte clone size 均大於 50%	
	其他應備項目：	
	(1) 若初次申請依溶血性貧血或心肺功能不全症狀 (New York Heart Association Class III 或 IV) 申請者需附六個月內完整輸血紀錄或相關說明。	
	(2) 若第一次申請時依有發生危及生命之虞之血栓並導致明顯器官功能受損申請者需附原血栓部位之評估(病歷影本或檢驗報告任擇)及是否發生新血栓之說明。	
	(3) 若第一次申請時依發生因血管內溶血導致的進行性腎功能衰竭申請者須附治療後腎功能之評估，以證明腎功能未續有明顯惡化。	
(4) 若再次申請之 CBC、WBC 分類及 reticulocyte 和第一次送審之報告有除血紅素上升外之明顯惡化，建議再次申請時加附六個月內之骨髓檢查報告。		

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