## (刪除附表) 附表七之三 全民健康保險使用抗癌藥品 Cetuximab 申請表

申言	青類別	:			□送核	□補貢	資料 🗆	申復 [	□資料異	動	受	<b>建日期</b>	:		受理絲	扁號:			緊	急傳	真日期		
醫療機構	名稱				饭	性	名			出台	生			原 受 耳 (申復日	浬 編 號 時填用)				預定實	施期			
機構	代號				對象	身 分统一系	證編號			•	利 万	科     列		□ 門診□	□ 住院	病歷號碼			申身	請醫 分證	師號		
ICD	)-10 代	碼				疾	病名稱	i						使用日	期		年	月	日至	<u>.</u>	年	月	日
į	藥品名: 代碼	5	申請類別	-				給	分付規定					用法 用量	申請數量				保險	人核	定欄		
			第請 治次 後請	<b>.</b> 一 [	□   □   □   □   □   □   □   □   □   □	治有本12無止I.imJ)表直本週化使、放且年C.聽力無整療突藥週惡用本的ir生結藥為,用下射符齡C力損法以具變品為化總藥與の長腸緣然,過代學失耐接表之們為化總與與の長腸緣然,源癌病一≦代學失耐接	folinic長性需限,源品irite因癌事再繼程喉法列folinic長性專手網供與在 对程不motan子的前次續經 喉法列folinu是於事再繼接喉法列folinu是於事一網以與 co 及受病審 申領川癌併供歲 /m 聽 5 tito的 to the tito to the tito the tito to the tito to the tito the t	医真前次繼2與Calong part part part part part part part part	體腸准分。上zu使atin表後提上分局 定d上表癌後提 Rum用,表使出限:部 義化限現病使提 Rub,二現用客。 晚 為學。型患用出 併治線型,鸛 斯 50治	(EGFR一次證 用療以且 每證 之 HZ、。	expre - 欠據 安細 - 安細 - 安細 - 一 - 一 - 一 - 一 - 一 - 一 - 一 - 一 - 一 - 一	essing) 療事: 含性沒 審像 含性沒 審學 下 咽(z、2000)	失敗、 奏變 整變 整實 養實 養實 養實 養實 養實 養實 養實 養實 養 養 養 養 養 養 養 素 表 表 表 是 、 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 。 是 。 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 是 。 。 是 。 是 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。				司]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]]	到 3 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	二種此類或 片報告 一種 一類 一種 一種 一種 一種 一種 一種 一種 一種 一種 一種 一種 一種 一種	真無物或用 不 充物胞無轉上 ( 以	之適應,學檢查, 學檢之記病, 移之無, 好之藥物 如影像。	症	<b>及預計使</b> 告或腫瘤標
注	2.	本申請書!	編號」目	9復時よ	真寫,有	切次送核	不需填	寫。															
		醫事服務	機構有る	<b>「符全」</b>	民健康信	呆險給付	規定者	,亦不-	予給付費	用。												審	
		對核定結 號)向原核	定單位	申請複	核。										你又珄骊							查	
	6	對複核結: 對核定結:	果如有昇 果有異論	異議,往 養者,」	导於 收 3 應循 ト i	到複核通	知之日	起六十日議途經日	日內向全. 申請額核	民健康 或審議	保險等	爭議審議 旱以新個	會申請審 案重新申	議。 請送核,	否則不予	/m =1			11 Ju	701.			
項		义 生 "														保險	人		日期章	戳		豎	
	7.	保險醫事	取務機構 未及經署	事如因- 審查回?	事出系法复即因系	志, 侍以 急迫需要	香 朗 記 · 而施行	yn 电停价 者,應信	太專業審	爾俊, ラ 查核定	九行處 結果第	, 理冶療: 辦理。	,亚卫即催	<b>百</b>	.什侑鱼。							師	
醫	事 服	醫院						申請	青日期:	白	丰	月	日			承		複		科長		決	
務村	松 土柱	印信								3	文號:					辨人		核		<b></b>		行	

## (刪除附表) 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:		□送核	□補資料□	]申復 □資料昇	異動	受理	日期:		受理	編號:			緊急傳	真日其	朝:		
醫 名稱 療機 代號		保姓險	名		出生			原 受 (申復	理 編 號時填用)			預日	定實施期				
機構代號		對身	分 證 一編號			科別		□門診	□ 住院	病歷號碼			申請醫身分證	師號			
ICD-10 代碼			疾病名稱					使用日期			年	月	日至	年	月		日
藥品名稱及代碼	申請類別		·	給付規定	-			用法 用量	申請數量				保險人核	定欄			
Fludara Oral,Film -Coated Tablets  Fludara Lyophilized IV Injection	□第一次申請 □治療後再次 申請 □第一次申請 □第一次申請 □治療後再次		CLL 與低惡, 使 ent)的治療 與 第 一 於 與 第 一 於 於 第 一 於 於 所 於 CLL 病 所 所 性 血 , 所 性 此 然 是 的 治 是 能 是 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。	生淋巴性白血症 性度非準性白杰金的 法病,除用性症 以所,若疫症療 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知 以所,不知,不知,不知,不知,不知,不知,不知,不知,不知,不知,不知,不知,不知,	氏	i (LG (LG (M) (M) (M) (M) (M) (M) (M) (M)	-NHL)病 (alkylating 女但隨後疾 (或 Binet C Binet A/B 生溶至少申請				司不不未未未用相標意符符附附附次關誌合合病使目治數檢)	量 適并理用前寮)儉不 應用切其是計 、稅 在二片他否劃 檢	京 此告癌晚計 報 請親 藥細物或用 本 充 教的肥無轉」 全 以	之學效移述 如景	應查記病物 像	<b>削量及</b>	
注意事項。 事項 意思 事項 第一應保對明對對否保附	。 里 審 京 事 は で い で い で い の の の の の の の の の の の の の	填規構得單分條	初次送核不需前中民人人。 前中民健康份到核度是通知之 請複核通知之 請複核通知之 述申複及爭議	及務機構填報, 高子院 高子所 高子的規 高子的規 高子的 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	用;事,,重,而全民任	前予填 健審	請核准之個 付費用請書 乙份爭議審 保險爭以新信	案,日後 (應勾註申 議會申請 國案 東 並立	如經審定 申復,並填 審議送核, 申請送核,	保険が	其他:_		章戳	-	27.7 E-1	審 查 醫, 師	
醫事服     務機構     印信				申	請日期	:	年 文號:	月	日	承辨人		複核	科長			決 行	

## (刪除附表) 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:		[	〕送	核 □補資	料□申	'復 □資料	異動	受理	里日期:			受理	組織號	:			緊急傳	真日其	月:		
醫療機	稱			保險	姓 名	2		出生			原 :	<b>爱 理</b> 復時	. 編 號 填用)	, in			預定日	實施期				
機構代	號				身 分 該	经起			科別		P	]診 [	□ 住院	病歷號碼	-			申請醫 身分證	師號			
ICD-10					疾病	名稱					使用	日期			年	月	E	日至	年	月		日
藥品	名稱及 弋碼	申請類	別		·		給付規定	-			用用	法量	申請數量				保	險人核	定欄			
1. 注 2.	本語	0	再次	□ 化	· cisplatin 伊 · cisplatin 伊 · 会 · 会 · 会 · 会 · 会 · 会 · 会 · 会	學療失知 學 學 學 學 類 於 學 類 於 服 發 養 著 歌 歌 歌 歌 歌 歌 歌 歌 歌	台療或 70 点之局部晚其 包組織型除 去併用,作為 等鱗狀細胞。 ECOG perfo 等機構填報	表(含)以」 朗或轉移 外)之單 為治療局・ 組織型除 ormance。	上接受性非 注一藥 部晚) status	小細胞肺系 物治療。 期或轉移性 之第一線化 為 0~1 之	- L			□	同不不未未未用相標意符符附附附次關誌	削 分分药走目台发食 資量 適併理用前療)驗 料不 應用切其是計 、 再	症二片他否劃 檢出結婚的 查	京 比异露色計 B 情期或藥期使 不 充物胞無轉一 全 以	之適於 之鄉 人 如影	應症 查報告 方務歷 物之。 診 圖 像		
3. 意 4.	應事前 保險對	審查之項目象或醫事服	未依	規定 構有	事前申請榜不符全民健收到核定通	(准者, 建康保險	不予給付	者,亦不	予給	付費用。										2	審	
事 5.	明原受	理編號)向	原核定	單位	Z申請複核	0				,											<b>新</b>	
項 6.	否則不	<b>予受理。</b>			收到複核選 上述申複及																— 毅	
7.	保險醫附文件	事服務機構	<b>ち</b> 如因	事出	緊急,得以	書面訪						並立即			大		日期章				師	
醫事朋務機構	醫院						申	'請日期	:	年文號	月 :		日	承辦人		複核		科長		33 彳	央	

## (刪除附表) 附表九之一 全民健康保險使用抗癌藥品 Gefitinib 申請表

申請	<b>青類別</b> :			□送村	5 [	]補資料	□申復	□資料昇	<b>異動</b>	受理日	期:		受理	里編號	<b>}</b> :			緊急	傳真日	期:		
醫療機構	名稱			保險	姓	名			出生			原 受 玩	理 編填用)	號			預日	定實	施期			
機構	代號			保險對象	身統 -	分 證				科別		□門診	□ 住	院	病歷 號碼			申請身分	醫師證號			
ICD	-10 代碼			•		疾病名	稱						使	用日	期	2	年	月	日至		年	月 日
辨	終品名稱及 代碼	申請與	領別				<u>,                                     </u>	給付	規定				用用	月法 月量	申請			保	<b>验人</b> 核	定欄		
	1 Camp	□ 第一	次申	(1)	具有	蜀使用於 EGFR-T 肺腺癌症	K 基因	突變之局部 三線治療	罪侵犯性 。	三或轉移	性(即第	ⅢB 期或第		1 里	<u> </u>	□同意□□使□不同;	用劑	量不符	合常夫	見,核兒	定量為	J
			後再	(2)	先前 化學、	已使用過 治療 斷層	第一線 仍局部 或其他	含鉑化學》 惡化或轉移 可作為評估	台療,或 B之肺腺	癌。影	含)以上 象診斷證	妾受過第一 ·明(如胸音	·線 『X			不不未	符合附病	理切片	種此類 報告國	頭藥物之 或細胞 盛物血	色检查	報告
				(1)	用於	前審查核 第一線用 R-TK 基因	藥:檢	具確實患有	<b>育肺腺癌</b>	之病理	或細胞核	<b>)</b> 查報告,	及			禾	附治:	而前療使	(帕計	藥物無效 明或轉和 使用上	多之海述藥	:歷 物之劑量
				(2)	用於	第二線用 接受第一	藥:檢	具確實患有實治療病系	肺腺癌,或70; 惡化之影	之病理。	或細胞檢 上接受達 證明(女	查報告,並 過第一線化 四胸部 X 光	<b>企附</b> 上學			□ □ 相	關檢	驗、檢 瘤標誌	·查報台 ()	告不全( 甫充以 <sup>-</sup>		像診斷報 
					( me ( eva	asurable ) aluable )	)的病灶 的病灶	生為優先, 亦可採用。	如沒有	可以測了	重的病灶	,則可評位	古								<u>.</u>	
				請明電別	寺並 需 酱斷 層	宮附上治》 雪等影像オ	療後相属 僉查一i	程以三個月 關臨床資料 遍,評估療 古藥效的影	, 如給 效,往	藥四週1 後每四i	复,需追 <b></b> 固做胸部	蹤胸部 X 爿 X 光檢查,	ド.或.									
						次開藥以			\ <del></del>		. 0: .	· () — // //										
	1. 本申請:	<b>里</b> 眼一人-	- 安 ,					r Tarceva) 毒填報,不					-	善	<i>τ</i> . ο	-						
注	. 2. 「原受」	里編號   E	自復時	<b>F埴寫</b> ,	初次	7 镁核不多	医埴宫。	0								但10人1		日期章	- 羽b	Γ	<b>亚</b>	
意	事服務	単旦へ切り	守全线	健康保	アカス アラス アラス アラス アラス アラス アラス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイ	6付規定	11、小小八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八十八	5給付費用 下予給付費	,事刑「 用。 丢仁姑	可切化	上达 由 / 荫	· 口後如紅 · 白廿中海	· 任 人 历	可以到	<b>承</b> 以酉	休饭人		口别早	- 佳义		番香醫師	
	事服務 4.對核定系 號)向原 15 對複核	核定單位	中山诗	ほ核の	人到移	<b>及进</b> 知之	こ日起ラ	八十日内,	里仃块。	与乙切。	了萌青(思	5 <b>公</b> 註 中 俊	'业块	- 明 / 尔	文理編						昂	
事								六十日 内向 全徑申請複														
	7. Iressa 4 8. 保險醫	手使用三個 事服務機材	国月 需 冓如 医	作療效  事出累	[評估 [急,	, 且 , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	口說明智	医傳保險人	報備後	吏用。 ,先行 <i>處</i>	2理治療	, 並立即備	青齊應阿				1	T				
醫事務機	事服   醫院   機構   気持						甲	請日期:	年	月.	日			承辨	<u>t</u>	複核		<del>1</del>	<b>斗</b> 長		決 行	
1	印信								文别	ξ:				人	.		1					

## (刪除附表) 附表九之二 全民健康保險使用抗癌藥品 Erlotinib 申請表

申訪	<b></b> 類別	:			〕送核	ξ [];	補資料	□申復	□資料	異動	受理	理日期	:		受	理編號	ŧ:			緊急傳	真日其	月:		
醫療	名稱 代號				保險對象	姓	名			出生	-		Ŋ	東 受 耳 (申復時)	理 編填用)	· 號			預定日	實施期				
機構	代號				對象	身 一	分 證 編 號				科別			] 門診 [	□ 住[	院	病歷號碼			申請身分	醫師證號			
ICD	-10 서	こ 碼					疾病名	稱							存	吏用日;	期	年	- )	月 日	至	年	月	日
辨	等品名 代码	稱及 馬	申請类	頁別				•		付規定						用法用量	申請量			保险	人核定	定欄		
			□ 第請 治療行 次申 1	後再	〔 ② □ □ B 号 ※ 校 □ □	第《一一一一·································	用資細接療診價後料細接的診藥料胞受之斷使, 胞受試斷 的是我們們	癌一明明於仍 癌一)明制之線 (并配 之線 (前部 病及ax 月本) 成及ax 月本	理鉑 胸足惡 理第二角酮二氧化 部使化 或二的引擎 X 過轉 躯织的形式 細線(pa· 以及,以及,是一种,是一种,是一种,是一种,是一种,是一种,是一种,是一种,是一种,是一种	D檢察 E E E E E E E E E E	告70 斷類細 告如或層 類細 placoo	(含)以	上接受 可作為。 xel或。 x 第三級 (cisplat )治療。	歲(含)以 細胞肺癌 過第一線 評估的影 paclitaxel 使用藥。 in 或明. と估的影像	以嘉 泉 像化			□不□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	意符符附附附附預關或合合病使目治計檢睡	商并里月介養b食物應用切其是計用、煙症二片他否劃次檢註	。 重限亢為預改查此告癌晚計 告	, 藥細物或用 不 充 之學效移述 如 下 章 证 校 之 之	<b>適</b> 致これ藥 影 虚報 が を が の の の の の の の の の の の の の	之劑量
意事項	7. 8.	Tarceva 保險醫 查。	•		□ 内 □ 内 □ 内 □ 内 □ 内 山 垣 規 之 得 後 月 後 の に る に の に の に の に の に の に の に の に の に の に の に の に の に る 。 る 。 る 。 る 。 る 。 る 。 る 。 る 。 る 。 。 。 る 。 る 。 。 る 。 る 。 。 。 。 る 。 る 。 。 。 る 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。	不保,事健收。收上得險初前康到 到述	與 特次申保核 複申 gefiti 醫核核給通 通及	nib 服需者規之 之議 需面如 知爭 且書 一	Iressa ) 報 尚不者起 起議 臺明 卷亦十 十徑 業傳 審保	及,費予內內請查險 不用給,向複 後人 分報 给報	nib(女 事費行 民或 是備文 前用填 健審 繼後, 申。寫 康議 續,	請請 活 保, 使先逐 核 份 險不 用行	口保险人 主 计 議以 音 審 解 维	各角後		齊應附:	文件備		E	日期章		審査醫習師		
醫事務機	F服 養構	醫院 印信						申	請日期:	·	.號:	月	日			<b>承</b>	· F	複核		科長		決行		

## (刪除附表) 附表九之十 全民健康保險使用抗癌藥品 bevacizumab 申請表

申請	<b></b> 類別:		i.	送核 🗌	補資料[	]申復 □資料昇	<b>異動</b>	受理	1日期:		受	き理編號	:		緊急	急傳真	[日期]	:	
醫療機構	名稱		險	姓	名		出生			原 受 (申復	理 編 時填用	號			預定實	施期			
機構	代號		對象	身分統一	證 編 號			科別		□門診	; □ 住	病原 院 號	美工			青醫師 分證號			
ICD	-10 代碼	1		ş	疾病名稱					使用日	•		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	自			保険ノ	人核定	こ欄		
		□第一次申請 □治療後再次 申請	以1實	2 週 轉 Bevacivor使用 是 Bevacivor使用 是 Bewacivor使用 是 Bewacivor使用 是 Bewacivor使用 是 Bewacivor的 是 Bewacivorn 是 Bewaci	表, 大umab 或作是 Me	腸癌: 含有 irinoteca fluorouracil/ 轉移性大腸或 以24 週為上限 (WHO 第 4 級) 台療曾接受標準 內之化學藥物》 blastoma mult	n/5-f· leuco 直腸癌。 - 神射線 台療失貝 iforme	luoro worin 患者的 勝母療 效 後 後 後 後	:影像學 uracil/ on 的第一 瘤 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是 是	(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)		] ] ] ] ] ] ] ]	用次數	量 適併理用前療)驗不 應用切其是計 、	·····································	藥細物或用 全(	之適應學校之適應學校之之病, 學校之之,病,物 學校之之藥物 學校之之藥物	症 報告 錄 歷 即之劑量	·及預計使 设告或腫瘤
意事項	在 2. 應對對原對對則保件 5. 應對對原對對則保件 6. 原事象核受複核不險備 8. 7. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.		時依有,單,, 填規不得位得應 寫定符於申於循	初前民 直 道 道 表	核核保通 通及不准險知 知爭 人 之議	寫予給付費用 不完者 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	;事前付 事給付填 是 全 民 選 等 会 章	清開己 康美核。份 險不 行	准之個案 介申請書() 分爭議審請 得以新個	,日後如 應勾註申7 養會申請審 案重新申	經審定保 复,並填 :議送核, 請送核,	・ 保险 ・ 明 ・ 保予	<b>录人</b>	複	日期章	科		審查醫師決	
	事服 幾構 印	信							文號	:		辨人		核		長		行	

## (刪除附表) 附表九之十二 全民健康保險使用抗癌藥品 vinorelbine 申請表

申言	青類別:		□送核	□補資料□	申復 □資料異動	<b>b</b> §	受理日	期:		受理	編號	:		緊	急傳真	日期	:		
醫療機構	名稱		保姓	名	1	1生			原 受 理 (申復時	! 編 號 - 填用 )				預定實	施期				
機構	代號		對身統	分證一編號		j	科別		□門診	□ 住院	病歷號碼	<b>张</b> <b>野</b>			請醫師 分證號				
ICI	)-10 代碼			疾病名稱					使用日期			年	月	日至		年	月	日	
奔	終品代碼	申請類別			給付規定				用法 用量	申請數量				保險。	人核定	欄			
劑□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	orelbine 型 U服劑型 注射劑 后 (S)	□治療後再次申請	(1) □(2) I • 4 2. 本成分	乳癌病患。 病理分期小細 其IA)非小細 藥品併用 水之口服 動型	手術切除之非小 二期及第三期前。 包肺癌於接受根治 助治療,需事前 與注射劑型不得何	半(sta 半(sta 強性手術 審查後 併用。	ge II 肾後與 使用	& stage 鉑金類 ,最長以				司一二二二二二二二二二章 一二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二二	量 適併理用前療)鐱 料不 應用切其是計 、 再农 疝二片代否畫 校 審	E · 種報告語 · 世子 · 拉斯克爾· 斯克斯克斯 · 克斯克斯 · 克斯克斯 · 克斯克斯 · 克斯克斯 · 克斯克斯克斯克斯	藥細物或用 全	之過檢之之藥 應查記病 報 制	症報錄歷之 診 動 動		
意事項醫	2.3. 4. 5. 一核「應對對原對對則 多原事象核受複核不 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5	理審醫結編結結受事。 电传传线 海道 电传传线 黑水的的有黑 电子 人名 电子	寺填寫, 初次 京規定全 京事民 時 有 一 行 行 行 行 行 行 付 的 時 行 移 付 的 付 持 付 的 付 持 付 的 付 持 付 付 的 付 持 付 付 付 付	送核不須填, 請核保險之日, 定通知之日, 核通到到議審員 被及爭議審員	不予給付費用;事 規定者十日內內 起六十日內內有 起六十日內內有 養途徑申請複核 明電傳保險人報係	前付填 民籍 申費寫 康係	情用乙 保, 核。份 險, 大 一 大 一 大 一 大 一 大 一 大 一 大 一 大 一 大 一 大 一	之個案, 申請書(應 爭議審議 以新個第	日後如經報 勾註申復,會申請審議並立即備於	審定保險,並填明 。 。 送核,否	: 保 ( ( (	<b>☆</b> 人	複核	3 期章戳	科長		審查醫師決行		

# (現行附表) 附表十五:全民健康保險類風濕關節炎使用 etanercept/adalimumab/golimumab/abatacept/tocilizumab/tofacitinib申請表

□ 符合	標準 DMARD	s 療法失敗 (定義	請參照	etaner	cept/ a	dalim	umab/	golimun	nab/ aba	atacept/
tociliz	zumab/tofacitinib	使用規範,續用申	請時免填	į)						
DMA	ARDs 名稱	劑量				使月	期間			
Methotrexa	te	mg/week		_年	月	日	至	年	月	日
Hydroxychl	loroquine	mg/day		_年	月	日	至	年	月	日
Sulphasalaz	zine	g/day		_年	月	日	至	年	月	日
IM Gold		mg/week		_年	月	日	至	年	月	日
D-penicillar	mine	mg/day		_年	月	日	至	年	月	日
Azathioprin	ne	mg/day		_年	月	日	至	年	月	日
Leflunomi	de	mg/day		_年	月	日	至	年	月	日
Cyclospori	ine	mg/day		年	月	日	至 _	年	月	日
是否合併使	用 prednisolone	Prednisolone 劑量				使月	月期間			
	□是 □否	mg/day		年	月_	日	至 _	年	月	日
經過 DMA	ARDs 藥物六個月	充分治療後,病患	之 DAS	28 積 :	分:			(え	苦以 DN	MARDs
藥物合併作	使用 prednisolone	申請者,則無須填	寫此欄	位)						
DMARDs	藥物合併使用	引 prednisolone ,經	至三個 月	1 充分	治療	後,	病患.	之 DAS	S 28 7	積分:
	(若以	DMARDs 藥物不合	併使用	predni	solone	申請	者,則	]無須填	寫此欄	位)
若 DMAR	Ds 藥物治療未适	を標準目標劑量( star	ndard tar	get do	se),請	前說明	藥物引	起之副	作用:	
	「雲排隆或停									
□ 是										
口否	と否有仿單記載之?	<b>禁忌情形。</b>								
□是婦婦	· 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一	或授乳。								
□ 否										
□ 是	高患是否罹患活動·	性感染之疾病。								
	5患是否具有高度/		 中包括 1.	慢性腿	部潰瘍	· , 2.‡	· 經完	整治療之	結核病	的病患
□ 是 (	〔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	感染色	筛檢紀錄	錄及治療	紀錄供	審查),
□ 否 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	未除去自	前,不可	使用),
5.	頑固性或復發性的	勺胸腔感染疾病,6.具	有留置等	學尿管:	之情形	0				
□是派	· 患是否罹患惡性)	<b>腫瘤或癌前狀態之腫</b> %	窗。							

□是	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)。
□否	March The State of
□是	使用後療效不彰(療效之定義:DAS28 總積分下降程度大於等於(≧)1.2,或 DAS28 總積分小於
□否	3.2 者)。
□是	使用後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)。
□否	使用後發生懷乎以不良事件(巴格·志性腫瘤、該無物引起的嚴重毋性、嚴重的感未性疾病)。
申請醫師	i (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

## (修正附表) 附表十五:全民健康保險類風濕關節炎使用生物製劑申請表

☐ 符合標準 DMARD	s 療法失敗(定義	請參照類風濕	《關節》	<b>泛使用</b>	生物	製劑使用	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	<b>1</b>							
□是 □否	mg/day	年_	月_	日	至	年	月_	目					
經過 DMARDs 藥物六個戶													
藥物合併使用 prednisolone													
DMARDs 藥物合併使用													
	DMARDs 藥物不合				_								
若 DMARDs 藥物治療未達	き標準目標劑量( star	ndard target do	ise),請	青說明	藥物	引起之副。	作用:						
□ 然人「雨排贮去位	1 仕 田 コ 桂 取												
┃┃  符合「需排除或停	·止使用之情形」												
□ 否	禁忌情形。 												
□ 是 婦女是否正在懷孕!	或授乳。												
□ 是 病患是否罹患活動	 性感染之疾病。												
□ 否	感染機會之情形,其。	 カクエ1 温MB			勿它	お仏成フィ	<b>业</b>	<b>丛广</b> 虫					
	感 采機會之情形,具 染治療未達四週者,目												
	罹患感染性關節炎者												
	的胸腔感染疾病,6.具				****	<b>7</b>   * i		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					
□ 是 病患是否罹患惡性!	腫瘤或癌前狀態之腫》	瘤。											

□是	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)。										
□否	•	,									
□是	使用後療效不彰 (療效之定義:DA	AS28 總積分下	降程度大於等於(≧)1.2,或 DAS28 總積分小於								
□否	3.2 者)。										
□是	体用後 孫 上 楝 母 式 不 自 車 件 ( 台 扛 :	・亞州暗南、訪	藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)。								
□否	快用後發生限于以个良事什(包括	· 芯狂鯉熘、該	宗初刊及时戚里毋注、厳里的恩宗往疾病)。								
申請醫師	i (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									

## (現行附表) 表十八之三 全民健康保險一般型血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量

		第八凝血因子	·		第九凝血因-	 子	
出血部位	欲達到濃 度 (IU/dL)	建議注射 劑量 (IU/Kg)	使用期間 (天)	欲達到 濃度 (IU/dL)	建議注射 劑量 (IU/kg)	使用期間 (天)	備註事項
關節	40-60	20-30	1-2	40-60	40-60	1-2	如治療效果不佳時,得視病情況延長凝血因子使用期間,需於病歷記載延長治療期間之理由
表在肌肉,沒有 神經傷害	40-60	20-30	2-3	40-60	40-60	2-3	如治療效果不佳時,得視病 情況延長凝血因子使用期 間,需於病歷記載延長治療 期間之理由
髂腰肌和深部肌 肉,有神經傷害 和相當出血(初 期)	80-100	40-50	1-2	60-80	60-80	1-2	
髂腰肌(維持)	30-60	15-30	3-5	30-60	30-60	3-5	復健之次級性預防用藥得延 長使用期間,需於病歷記載 延長治療期間之理由
中樞神經/頭部 (初期)	80-100	40-50	1-7	60-80	60-80	1-7	
中樞神經/頭部 (維持)	50	25	8-21	30	30	8-21	
咽喉及頸部(初期)	80-100	40-50	1-7	60-80	60-80	1-7	
咽喉及頸部(維 持)	50	25	8-14	30	30	8-14	
腸胃道(初期)	80-100	40-50	7-14	60-80	60-80	7-14	
腸胃道(維持)	50	25		30	30		
腎臟	50	25	3-5	40	40	3-5	
深部撕裂傷	50	25	5-7	40	40	5-7	
重大手術 (術前)	80-100	40-50		60-80	60-80		
重大手術 (術後)	60-80 40-60 30-50	30-40 20-30 15-25	1-3 4-6 7-14	40-60 30-50 20-40	40-60 30-50 20-40	1-3 4-6 7-14	
小手術 (術前)	50-80	25-40		50-80	50-80		
小手術 (術後)	30-80	15-40	1-5	30-80	30-80	1-5	得視手術方式延長治療期 間,需於病歷記載延長治療 期間之理由

(修正附表) 表十八之三 全民健康保險一般型<u>製劑及長效型製劑</u>血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量

		第八凝血因-	子 子		第九凝血因-	 子	
出血部位	欲達到 濃度 (IU/dL)	建議注射 劑量 (IU/Kg)	使用期間 (天)	欲達到 濃度 (IU/dL)	建議注射 劑量 (IU/kg)	使用期間 (天)	備註事項
關節	40-60	20-30	1-2	40-60	40-60	1-2	如治療效果不佳時,得視病情況延長凝血因子使用期間,需於病歷記載延長治療期間之理由
表在肌肉,沒有神 經傷害	40-60	20-30	2-3	40-60	40-60	2-3	如治療效果不佳時,得視病 情況延長凝血因子使用期 間,需於病歷記載延長治療 期間之理由
髂腰肌和深部肌 肉,有神經傷害和 相當出血(初期)	80-100	40-50	1-2	60-80	60-80	1-2	
髂腰肌(維持)	30-60	15-30	3-5	30-60	30-60	3-5	復健之次級性預防用藥得延 長使用期間,需於病歷記載 延長治療期間之理由
中樞神經/頭部(初期)	80-100	40-50	1-7	60-80	60-80	1-7	
中樞神經/頭部(維持)	50	25	8-21	30	30	8-21	
咽喉及頸部(初期)	80-100	40-50	1-7	60-80	60-80	1-7	
咽喉及頸部(維持)	50	25	8-14	30	30	8-14	
腸胃道(初期)	80-100	40-50	7-14	60-80	60-80	7-14	
腸胃道(維持)	50	25		30	30		
腎臟	50	25	3-5	40	40	3-5	
深部撕裂傷	50	25	5-7	40	40	5-7	
重大手術 (術前)	80-100	40-50		60-80	60-80		
重大手術 (術後)	60-80 40-60 30-50	30-40 20-30 15-25	1-3 4-6 7-14	40-60 30-50 20-40	40-60 30-50 20-40	1-3 4-6 7-14	
小手術 (術前)	50-80	25-40		50-80	50-80		
小手術 (術後)	30-80	15-40	1-5	30-80	30-80	1-5	得視手術方式延長治療期 間,需於病歷記載延長治療 期間之理由

## (現行附表) 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	使用期间	至	年	月	日

	符台	<b>个下列所有條件:</b>
	1. [	<b>一年齡 18 歲以上</b>
	_	□HLA B27 陽性 (檢附報告影本)
	_	□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)
		(3) 胸廓擴張受限
	4. <u>[</u>	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. <b>[</b>	□ 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
		NSAID 2 藥名
	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,
		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
		運動衛教証明書和(2)病患自身在家運動狀况聲明書。
	8. [	】活動性疾病持續四週以上。(需連續二次檢查 BASDAI≥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。
$\Box$	佐人	↑繼續使用之療效評估:
ш	-	可以
		分以上,方得繼續使用。
		繼續使用者,需每 12 週評估一次,再次提出申請續用。
		真寫初次使用 adalimumab/etanercept/golimumab 治療前之 BASDAI 分數
		· ·
		SDAI 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

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

## (修正附表) 附表二十一之一 全民健康保險僵直性脊椎炎使用生物製劑申請表

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

符~	合下列所有條件:
	□年齢 18 歳以上
	□ 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.	
	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
	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,除非有相関毒性發生而停藥,
	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
	之運動衛教証明書和(2)病患自身在家運動狀况聲明書。
8.	☐ 活動性疾病持續四週以上。(需連續二次檢查 BASDAI≥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。	<b>合繼續使用之療效評估:</b>
	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。
	繼續使用者,需每12週評估一次,再次提出申請續用。
	請填寫初次使用藥名 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生物製劑申請表

□ 符合「需排除	□ 符合「需排除或停止生物製劑使用之情形」				
□ 是 □ 否	是否有 <u>藥品</u> 仿單記載之禁忌情形。				
□ 是 □ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。				
□ 是 □ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病或有B肝、C肝活動性感染或結核病。				
□ 是	病患是否具有高度感染機會之情形,其中包括: 1.慢性腿部潰瘍。 2.未經完整治療之結核病的病患(包括潛伏結核感染治療未達四週者,申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查)。 3.過去12個月內曾罹患感染性關節炎者。 4.曾有人工關節感染,若該人工關節未去除前,不可使用。 5.頑固性或復發性的胸腔感染疾病。 6.具有留置導尿管之情形。				
□ 是 □ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤				
□ 是 □ 否	病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiple sclerosis)				
□ 是 □ 否	使用藥品 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<u>號</u> 免疫專科醫師證書:中免專字第<u>號</u>

# (現行附表) 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/Golimumab 申請表(第一頁)

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

	符合下列所有	條件:		
	□ 經內科專利	斗醫師且具有風流	<b>濕或免疫專科醫</b>	師證書者診斷為乾癬性關節炎患者。
	□ 曾經皮膚和	斗醫師診斷為乾	解患者,或經皮	膚切片診斷為乾癬患者。
	□ 三個或是三	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	b均符合上述條 <sup>,</sup>	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	<b>馬修飾治療藥物</b>	(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		
П	符合繼續使用	之療效評估:		
		•	古乾癬關節炎反	應標準〔附表二十二之三〕,其標準為下
				改善,且其中一項需為疼痛關節或腫脹關
	前	5的關節總數, 且	1下述各種指標	不得有任一項惡化,方得繼續使用。
	□ 疼痛關節白	内關節總數較原	基礎值改善。	
	□ 腫脹關節的	<b>内關節總數較原</b>	基礎值改善。	
		豐評估較原基礎化		
		豐評估較原基礎化		
		旨標皆無惡化。		
	註:改益之定	義請參照給付規	定	
	一一八百一人	水明多 小心口门外		

## 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/Golimumab 申請表(第二頁)

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

# (修正附表) 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/golimumab/secukinumab 申請表(第一頁)

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

	符合下列所有	條件:		
	□ 經內科專利	斗醫師且具有風流	<b>濕或免疫專科醫</b>	師證書者診斷為乾癬性關節炎患者。
	□ 曾經皮膚和	斗醫師診斷為乾	解患者,或經皮	膚切片診斷為乾癬患者。
	□ 三個或是三	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	b均符合上述條 <sup>,</sup>	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	<b>馬修飾治療藥物</b>	(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		
П	符合繼續使用	之療效評估:		
		•	古乾癬關節炎反	應標準〔附表二十二之三〕,其標準為下
				改善,且其中一項需為疼痛關節或腫脹關
	前	5的關節總數, 且	1下述各種指標	不得有任一項惡化,方得繼續使用。
	□ 疼痛關節白	内關節總數較原	基礎值改善。	
	□ 腫脹關節的	<b>内關節總數較原</b>	基礎值改善。	
		豐評估較原基礎化		
		豐評估較原基礎化		
		旨標皆無惡化。		
	註:改益之定	義請參照給付規	定	
	一一八百一人	水明多 小心口门外		

# 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/golimumab/secukinumab 申請表(第二頁)

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

申請醫師 (簽名蓋章):	<u></u>	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	

## (現行附表) 附表二十二之四:全民健康保險乾癬性脊椎病變使用

# Adalimumab/Etanercept/Golimumab 申請表(第一頁)

醫院代號	醫院名稱	申請日期				
病人姓名	性別	出生日期				
身分證號	病歷號碼	<b>社 四 4n 88</b>	自	年	月	日
藥品代碼	用法用量	使用期間	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。
<ol> <li>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</li> </ol>
照給付規定)
NSAID 1 藥名
NSAID 2 藥名
6. □ 活動性疾病持續四週以上。( 需連續二次檢查 BASDAI ≥ 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/Golimumab 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/Golimumab 申請表(第二頁)

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

## (修正附表) 附表二十二之四:全民健康保險乾癬性脊椎病變使用

# <u>a</u>dalimumab/<u>e</u>tanercept/<u>g</u>olimumab/<u>secukinumab</u> 申請表(第一頁)

醫院代號	醫院名稱	申請日期			
病人姓名	性別	出生日期			
身分證號	病歷號碼	<b>社 III 中 田</b>	自 -	年 月	日
藥品代碼	用法用量	使用期間	至 -	年 月	日

□ 符合下列所有條件:
□
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
NSAID 2 藥名
6. ☐ 活動性疾病持續四週以上。( 需連續二次檢查 BASDAI ≥ 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:
<ol> <li>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。</li> </ol>
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 <u>a</u> dalimumab/ <u>e</u> tanercept/golimumab/ <u>secukinumab</u> 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/golimumab/secukinumab 申請表(第二頁)

□ 符合「需括	非除或停止 adalimumab/etanercept/golimumab <u>/secukinumab</u> 使用之情形」
□ 是 □ 否	是否有 adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab 仿單記載之禁忌情形。
□ 是 □ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
□ 是 □ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病或有B肝、C肝活動性感染或結核病。
	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
□ 是	時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查)。 3. 過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者。 4. 曾有人工關節感染,若該人工關節未去除前,不可使用。 5. 頑固性或復發性的胸腔感染疾病。 6. 具有留置導尿管之情形。
□ 是 □ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
□ 是 □ 否	病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiple sclerosis)
□ 是 □ 否	使用 adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab 發生懷孕或不良事件(包括:惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師 (簽名蓋章):	_	醫事機構章戳:
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	

# (現行附表) 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	the matter and	自	年	月	日
藥品代碼	用法用量	使用期間	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≥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
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,肛門周圍廔管或腹壁廔管仍無法癒合且 CDAI≥100 者。
□ 廔管無法癒合(CDAI分數:),自
□ 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≥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
□ 株人MA 体上口 5 元 1/2 元 / L 。
□ 符合繼續使用之療效評估: □ 动力作用 #: * *
□ 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≦150 或廔管痊癒) □ 法利如公共收缩 20 H
□ 達到部份有效緩解之誘導 (CDAI 分數下降≥100 或廔管數量減少)
□ 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

TI 水ー・バー エバ及ぶ MM 力性 N L L M L L L L L L L L L L L L L L L L				
□ 符合「須排除或停止 adalimumab 使用之情形」				
□是	是否有 adalimumab 仿單記載之禁忌情形。			
□ 否	文名有 addimidition 初平記載之示心情形。			
□是	婦女是否正在懷孕或授乳。			
□ 否				
□是	r			
□ 否	病患是否有活動性感染症。			
□是	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			
□ 否	時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查)。			
	病患是否具有高度感染機會之情形,其中包括:			
□是	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。			
□ 否	3.人工關節感染,該人工關節尚未摘除。			
	4.頑固性或復發性的胸腔感染疾病。			
□是	应来且不思来亞州時応式日大痘应益业(mare malioneness)			
□ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)			
□是	店里里不留里名於此西化店(multiple colorosis)			
□ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)			
□是	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			
□ 否	重毒性、嚴重的感染性疾病)			
申請醫師(簽名蓋	章):			

申請醫師 (簽名蓋章):	
消化系專科醫師證書:	

# (修正附表) 附表二十六之一 全民健康保險克隆氏症使用 adalimumab<u>、infliximab、vedolizumab</u>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	at m un an	自 年	月	日
藥品代碼	用法用量	使用期間	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≥300)或產生嚴重藥物副作用時,且病況不適台	ì
手術者。	
□ 無法控制病情(CDAI分數:)	
□ 產生嚴重藥物副作用:藥名	
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,肛門周圍廔管或腹壁廔管仍無法癒合且 CDAI≥100 者。	
□ 廔管無法癒合(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≥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	
□ 株人畑(本山田、古山-1711。	
□ 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 <u>,誘導緩解失敗</u>	
者,得提出申請轉換他類生物製劑,然同一療程不得合併使用。	
□ 達到有效緩解之誘導(CDAI≦150或廔管痊癒)	
□ 達到部份有效緩解之誘導(CDAI 分數下降≥100 或廔管數量減少)	
□ 緩解誘導之使用期間:年月至年月	
■ 繼續使用者: adalimumab 需每 16 週(使用 8 劑); infliximab 需每 16 週(使用 2 劑)或	
24 週(使用 3 劑), vedolizumab 需每 16 週(使用 2 劑)或 24 週(使用 3 劑)評估一次。言	F
估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 CDAI 分數。	
□ <u>adalimumab 治療期満 54 週(使用 28 劑);infliximab 治療期満 46 週(使用 8 劑);</u>	
vedolizumab 治療期滿 46 週(使用 8 劑),再提出續用者,必須距離前次生物製劑治療約	占
<u>東間隔六個月以上,</u> 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、infliximab、vedolizumab 申請表

□ 符合「須排除或停止 adalimumab <u>、infliximab、vedolizumab</u> 使用之情形」			
□ 是	日本ナ odolimumob · inflictional + modelimumob 仕留力井 * 林己基形。		
□ 否	是否有 adalimumab、infliximab 或 vedolizumab 仿單記載之禁忌情形。		
□ 是	<b>运厂日本工大幅历</b> 中运到。		
□ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。		
□ 是	它 电 B 不 大 江 私 县 d 说 点 。		
□ 否	病患是否有活動性感染症。		
□ 是	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		
□ 否	時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查)。		
	病患是否具有高度感染機會之情形,其中包括:		
□ 是	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。		
□ 否	3.人工關節感染,該人工關節尚未摘除。		
	4.頑固性或復發性的胸腔感染疾病。		
□是	应虫且不思虫亞姆斯施士目士拉拉拉亚(nyo maliananay)		
□ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)		
□ 是	应来是不需要名孫財西化应(multiple colorogie)		
□ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)		
□ 是	使用 adalimumab 或 infliximab 或 vedolizumab 發生懷孕或不良事件(包括:		
□ 否	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):_	 幾構章戳
消化系專科醫師證書:	

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

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

	符	合下列所有條件:
		]六歲(含)以上診斷為小兒克隆氏症。
		] 符合下列條件之一,且附上影像診斷評估報告。
		□ 一、經類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療超過三個月,仍然無法控制病情
		(PCDAI≥30 或產生過敏或其他嚴重藥物副作用時。
		□ 無法控制病情 (PCDAI 分數:)
		□ 產生嚴重藥物副作用:藥名
		副作用說明:
		□ 二、小兒克隆氏症病童腹部或肛門廔管合併生長遲緩者(height velocity Z Score -1
		to -2.5) °
		□ 廔管無法癒合(PCDAI分數:),自年月起
		□ 三、小兒克隆氏症病情發作且生長遲緩(height velocity Z Score -1 to -2.5)病童,經
		營養治療與免疫抑制劑治療失敗者。
	佐	<b>合繼續使用之療效評估:</b>
П	•	<b>計鑑順使用之療效計省</b> 。 初次使用者:治療第三劑後,達到臨床反應者,方得申請繼續使用。
	П	
		□ 達到有效緩解之誘導(PCDAI 降低>=15)
		□ 緩解誘導之使用期間:年月至年月
	Ц	繼續使用者:每16週(使用8劑)評估一次,評估仍維持前一次療程有效時之 PCDAI
	_	分數。
	Ц	治療期滿 56 週(使用 28 劑),再提出續用者:距前次治療已間隔六個月以上,且因病
		情復發或以其他治療難以控制達規定之標準。

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

□ 符合「須排除或停止 adalimumab 使用之情形」			
□是	是否有 adalimumab 仿單記載之禁忌情形。		
□ 否	大百分 addimidinal 以中心戰之未心情形		
□是	病患是否有活動性感染症。		
□ 否	·		
□是	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		
□ 否	應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查)。		
	病患是否具有高度感染機會之情形,其中包括:		
□是	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。		
□ 否	3.人工關節感染,該人工關節尚未摘除。		
	4.頑固性或復發性的胸腔感染疾病。		
□是	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)		
□ 否	病心足皆惟心心性腫瘤以具有瘤症則死(pie-mangnancy)		
□是	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)		
□ 否	病 忠 足 皆 惟 忠 夕 發 住 噯 仁 症 (munupie scierosis)		
□是	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		
□ 否	毒性、嚴重的感染性疾病)		
申請醫師 (簽名蓋:	章):		

申請醫師(簽名蓋章	:):	醫事機材
消化系專科醫師證書	:	
小兒專科醫師證書:		

(修正附表) 附表二十六之三 全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab<u>rinfliximab</u>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	II. ma II. na	自	年	月	日
藥品代碼	用法用量	使用期間	至	年	月	日

44					
_	合下列所有條件:				
L	□六歲或六歲以上診斷為小兒克隆氏症。				
	]符合下列條件之一,且附上影像診斷評估報告。				
	□ 一、經類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療超過三個月,仍然無法控制病情				
(PCDAI≥30 或產生過敏或其他嚴重藥物副作用時。					
	□ 無法控制病情(PCDAI分數:)				
	□ 產生嚴重藥物副作用:藥名				
	副作用說明:				
	□ 二、小兒克隆氏症病童腹部或肛門廔管合併生長遲緩者(height velocity Z Score -1				
	to -2.5) °				
	□ 廔管無法癒合(PCDAI分數:),自年月起				
	營養治療與免疫抑制劑治療失敗者。				
符	合繼續使用之療效評估:				
	初次使用者:治療第三劑後,達到臨床反應者,方得申請繼續使用,誘導緩解失敗者,				
	得提出申請轉換他類生物製劑,然同一療程不得合併使用。				
	□ 達到有效緩解之誘導(PCDAI 降低>=15)				
	□ 緩解誘導之使用期間:年月至年月				
	繼續使用者: adalimumab 需每 16 週(使用 8 劑); infliximab 需每 16 週(使用 2 劑)或 24				
	週(使用 3 劑),評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 PCDAI 分數。				
	adalimumab 治療期滿 54 週(使用 28 劑); infliximab 治療期滿 46 週(使用 8 劑), 再提出				
	續用者,必須距離前次生物製劑治療結束間隔六個月以上,且因病情復發或以其他治				
	療難以控制達規定之標準。				

# 附表二十六之三 全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab<u>, infliximab</u>申請表

□ 符合「須排除或停止 adalimumab · infliximab 使用之情形」				
□是	是否有 adalimumab、infliximab 仿單記載之禁忌情形。			
□ 否	7 10 7			
□是	病患是否有活動性感染症。			
□ 否	N 心人 日 名			
□ 是	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			
□ 否	應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查)。			
	病患是否具有高度感染機會之情形,其中包括:			
□是	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。			
□ 否	3.人工關節感染,該人工關節尚未摘除。			
	4.頑固性或復發性的胸腔感染疾病。			
□ 是	吃鬼是不罹鬼亞性肠癌式目女痘吃前业(nra maliananay)			
□ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)			
□是	疗出导不跟出名於此兩化疗(multiple selerosis)			
□ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)			
□是	使用 adalimumab <u>、infliximab</u> 發生懷孕或不良事件(包括:惡性腫瘤、該藥物			
□ 否	引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)			
申請醫師(簽名蓋:	章):			

申請醫師(簽名蓋章)	:	醫事機構	章
消化系專科醫師證書:		_	
小兒專科醫師證書:_			