

(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-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			
	<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. 本藥品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. Ccr < 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:_____			
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,應依專業審核核定結果辦理。						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:								

(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：		<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-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 <input type="checkbox"/> _____		<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"/> _____		<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：						

(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：		<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-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								
		<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。											審 查 醫 師	保險人		日期章戳	
	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：														

(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)		預定實施期					
	代號		身分證 身 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-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				
		<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)及 afatinib(如 Giotrif)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>											
	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：										

(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	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-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						
		<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) 及 afatinib(如 Giotrif)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							
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：											

(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-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			
	<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：					

(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-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				
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：					

(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

<input type="checkbox"/> 符合標準 DMARDs 療法失敗 (定義請參照 etanercept/ adalimumab/ golimumab/ abatacept/ tocilizumab/tofacitinib 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「需排除或停止使用之情形」		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有仿單記載之禁忌情形。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否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), 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	使用後療效不彰（療效之定義：DAS28 總積分下降程度大於等於(\geq)1.2，或 DAS28 總積分小於 3.2 者）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	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)。

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

(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

<input type="checkbox"/> 符合標準 DMARDs 療法失敗 (定義請參照類風濕關節炎使用生物製劑使用規範, 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
<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「需排除或停止使用之情形」		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有仿單記載之禁忌情形。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否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), 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	使用後療效不彰（療效之定義：DAS28 總積分下降程度大於等於(\geq)1.2，或 DAS28 總積分小於 3.2 者）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	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)。

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

(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

出血部位	第八凝血因子			第九凝血因子			備註事項
	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)	
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	30-40	1-3	40-60	40-60	1-3	
	40-60	20-30	4-6	30-50	30-50	4-6	
	30-50	15-25	7-14	20-40	20-40	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製劑及長效型製劑血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量

出血部位	第八凝血因子			第九凝血因子			備註事項
	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)	
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	30-40	1-3	40-60	40-60	1-3	
	40-60	20-30	4-6	30-50	30-50	4-6	
	30-50	15-25	7-14	20-40	20-40	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			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 ≥ 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

(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	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 ≥ 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

<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止生物製劑使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有藥品_____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：中樓字第_____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		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：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用
Adalimumab/Etanercept/Golimumab 申請表(第二頁)

<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）：_____

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

(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		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：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用
adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab 申請表(第二頁)

<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止 adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性感染之疾病或有 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/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：中樓字第_____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		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者，或經皮膚切片診斷為乾癬患者。
- 下列三條件至少需符合二項
 - 下背痛及晨間僵硬的症狀持續 3 個月以上
 - 腰椎前屈活動受限
 - 胸廓擴張受限
- 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。
- 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 _____
- 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：

- 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。

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)

<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）：_____

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

(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

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		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者，或經皮膚切片診斷為乾癬患者。
- 下列三條件至少需符合二項
 - 下背痛及晨間僵硬的症狀持續 3 個月以上
 - 腰椎前屈活動受限
 - 胸廓擴張受限
- 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。
- 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 _____
- 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：

- 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。

申請續用者，請填寫初次使用 adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab 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)

<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止 <u>adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab</u> 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 <u>adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab</u> 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性感染之疾病或有 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 <u>adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab</u> 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

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

(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		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：_____

(修正附表) 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

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，誘導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。

達到有效緩解之誘導 (CDAI \leq 150 或瘻管痊癒)

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

緩解誘導之使用期間：____年____月至____年____月

繼續使用者：adalimumab 需每 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。評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 CDAI 分數。

adalimumab 治療期滿 54 週(使用 28 劑)；infliximab 治療期滿 46 週(使用 8 劑)；vedolizumab 治療期滿 46 週(使用 8 劑)，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。

附表二十六之一 全民健康保險克隆氏症使用 adalimumab、infliximab、vedolizumab 申請表

<input type="checkbox"/> 符合「須排除或停止 <u>adalimumab</u> 、 <u>infliximab</u> 、 <u>vedolizumab</u> 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 <u>adalimumab</u> 、 <u>infliximab</u> 或 <u>vedolizumab</u> 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否有活動性感染症。
<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 <u>adalimumab</u> 或 <u>infliximab</u> 或 <u>vedolizumab</u> 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

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		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：

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 \geq 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_____時間_____

副作用說明：_____

二、小兒克隆氏症病童腹部或肛門瘻管合併生長遲緩者(height velocity Z Score -1 to -2.5)。

瘻管無法癒合 (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。

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。

達到有效緩解之誘導(PCDAI 降低 \geq 15)

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時之 PCDAI 分數。

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

<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	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：_____

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、infliximab 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：

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 \geq 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_____時間_____

副作用說明：_____

二、小兒克隆氏症病童腹部或肛門瘻管合併生長遲緩者(height velocity Z Score -1 to -2.5)。

瘻管無法癒合 (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。

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 \geq 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、infliximab 申請表

<input type="checkbox"/> 符合「須排除或停止 <u>adalimumab</u> 、 <u>infliximab</u> 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 <u>adalimumab</u> 、 <u>infliximab</u> 仿單記載之禁忌情形。
<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 <u>adalimumab</u> 、 <u>infliximab</u> 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

消化系專科醫師證書：_____

小兒專科醫師證書：_____