

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 系統 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		
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 temsirolimus 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：_____		
注意事	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。 4. 對核定結果如有異議，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。 5. 對複核結果如有異議者，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。 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	
		文號：								