

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：		☐ 送核 ☐ 補資料 ☐ 申復 ☐ 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		☐ 門診 ☐ 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 ☐ B024593100 ☐ B024594100 ☐ B024595100		☐ 第一次申請 ☐ 治療後再次申請		☐ 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。 ☐ 2.晚期腎細胞癌：免事前審查。 ☐ 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 WHO2010分類方式之 GlorG2胰臟神經內分泌瘤。 (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。						☐ 同意備查。 ☐ 使用劑量不符合常規，核定量為 ☐ 不同意 ☐ 不符合適應症。 ☐ 不符合不得併用二種此類藥物之適應症 ☐ 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。 ☐ 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 ☐ 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) ☐ 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) ☐ 補附資料再審，請補充以下資料 ☐ 其他：		
注意事項	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。 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不需填寫。 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。 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。 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。 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：								