附表十六：全民健康保險活動性多關節幼年型慢性關節炎使用 etanercept/adalimumab/tocilizuma/secukinumab 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 |

□ 符合活動性多關節幼年型慢性關節炎之診斷：

□1.全身性 （systemic）

□2.多發性關節炎 （polyarticular） （類風濕性因子陽性或陰性者皆可）

□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)

□4.接骨點發炎相關型關節炎 （enthesitis-related arthritis）

診斷條件：(請列出符合之臨床、血液及X光條件)

符合活動性多關節炎標準（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） | | |
| 符合接骨點發炎相關型關節炎（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 |
| 接骨點炎或中軸症狀 | 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 | | |
| CRP （mg/dL） | | |
| 紅血球沈降速率（ESR） | | |
| □符合標準療法失敗 | | |

| 藥物名稱 | 劑量 | 使用期間 |
|---|---|---|
| Methotrexate | _____mg/$m^2$/week | ___年___月___日至___年___月___日 |
| Sulfasalazine | _____mg/kg/day | ___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：

☐符合「需排除或停止使用之情形」

| | |
|---|---|
| ☐ 是<br>☐ 否 | 是否有仿單記載之禁忌情形 |
| ☐ 是<br>☐ 否 | 病患是否懷孕或正在授乳。 |
| ☐ 是<br>☐ 否 | 病患是否罹患活動性的感染疾病。 |
| ☐ 是<br>☐ 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)。 |
| ☐ 是<br>☐ 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)。 |
| ☐ 是<br>☐ 否 | 病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆 (pre-malignancy)。 |
| ☐ 是<br>☐ 否 | 病患是否有免疫功能不全。 |
| ☐ 是<br>☐ 否 | 使用後療效不彰：經過六個月治療後，未達療效反應標準或有惡化現象。 |
| ☐ 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 | |

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：中傻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