附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用

ustekinumab/guselkumab/risankizumab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 |
| 符合抗腫瘤壞死因子（anti-TNF）、secukinumab、ixekizumab、tofacitinib、upadacitinib或brodalumab未達療效療效定義：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。  □ 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。 | | | | | | |
| □ Etanercept mg/ week | | | | □ Secukinumab mg/four weeks | | |
| □ Adalimumab mg/ two weeks | | | | □ Ixekizumab mg/ four weeks | | |
| □ Golimumab mg/ month | | | | □ Tofacitinib mg/次 次/ day | | |
| □ Certolizumab mg/ weeks | | | | □ Brodalumab mg/ two weeks | | |
| □ Upadacitinib mg/次 次/ day | | | |  | | |
| (請檢附使用etanercept、adalimumab、golimumab、certolizumab、secukinumab、ixekizumab、tofacitinib、upadacitinib或brodalumab或12週或以上之病歷影本) | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| □符合腫瘤壞死因子(TNF)抑制、secukinumab、ixekizumab、tofacitinib、upadacitinib或brodalumab療法無法耐受 (請檢附病歷影本)(請說明藥物引起不良反應之情形如副作用、發生TB或惡性腫瘤等)： | |
| □ Etanercept | \_\_\_\_\_\_\_mg/ week引起之不良事件： |
| □ Adalimumab | \_\_\_\_\_\_ mg/ two weeks引起之不良事件： |
| □ Golimumab | \_\_\_\_\_\_mg/ month |
| □ Certolizumab | \_\_\_\_\_\_\_mg/ weeks引起之不良事件： |
| □ Secukinumab | \_\_\_\_\_\_\_mg/ four weeks引起之不良事件： |
| □ Ixekizumab | \_\_\_\_\_\_\_mg/ four weeks引起之不良事件： |
| □ Tofacitinib | \_\_\_\_\_\_ mg/ two weeks引起之不良事件： |
| □ Upadacitinib | \_\_\_\_\_\_mg/次 次/ day引起之不良事件： |
| □ Brodalumab | \_\_\_\_\_\_mg/次 次/ day引起之不良事件： |

附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用

ustekinumab/ guselkumab/ risankizumab申請表(第二頁)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ **符合繼續使用之療效評估：**  療效定義：初次申請後，Ustekinumab、guselkumab 及risankizumab於24週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。繼續使用者，需每12週評估一次，再次提出申請續用。  □ 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 | | |
| □ **無「需排除或停止ustekinumab、guselkumab及risankizumab使用之情形」** | | |
|  | □是  □否 | 是否有藥名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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ustekinumab/ guselkumab/risankizumab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) |