**附表二十四之一：全民健康保險乾癬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 |  |
|  | | □ **符合照光治療及其他全身性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他系統性治療之全身慢性中、重度之乾癬或頑固之掌蹠性乾癬，且影響功能：（定義請參照給付規定）**   * 1. □ 符合照光治療無效（檢附詳細3個月照光劑量記錄**）**。   2. □ 符合其他**全身**性治療無效（目前未達PASI或BSA申請標準者，需同時附治療前後資料）。   **至少2種其他系統性用藥之使用時間、劑量及停用理由**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 使用劑量 | 使用時間 | 停用理由 | | Acitretin | \_\_\_mg/day | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  | | Methotrexate | \_\_\_mg/week | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  | | Cyclosporine | \_\_\_mg/day | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  | | Apremilast | \_\_\_mg/day | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  |   患者體重: \_\_\_\_\_ kg  3-1 □ 符合全身慢性中、重度之乾癬（檢附至少6個月病歷影本，治療已滿3個月，未滿6個月，得合併它院就診病歷）。  3-2 □ 符合頑固之掌蹠性乾癬者（檢附照片應包括前、後、左、右至少四張，並視需要加附頭部、掌、蹠照片）。   1. □ 乾癬面積暨嚴重度指數〔Psoriasis Area Severity Index（PASI）〕≧10 (不適   用PASI測定如膿疱性乾癬，則以範圍 ≧10%體表面積)。  PASI＝0.1×（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）×\_\_\_＋0.3×（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）×\_\_\_＋  0.2×（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）×\_\_\_＋0.4×（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）×\_\_\_  □ **暫緩續用後疾病再復發之重新申請：**  □ 符合至少有50%復發（需附上次療程治療前、後，及本次照片**）**。  □ 符合連續兩次暫緩用藥後復發病史者（停藥後6個月內PASI>10或50%復發） | | | | | | |
|  | | □ **符合繼續使用之療效評估：**  **初次療程**   * 1. □ 於初次療程之第12週（使用ustekinumab者為第16週）評估時，至少有PASI 25療效。risankizumab於16週時，須先行評估至少有PASI 75療效。   2. □ 於初次療程，經過6個月治療後，PASI或體表面積改善達50%。   3. □ 原先使用cyclosporin控制有效且腎功能異常（Creatinine基礎值上升≧30%）者，於6個月療程（初次療程）結束後，因回復使用cyclosporin產生腎功能異常，或其他無法有效控制之副作用，經減藥後仍無法有效控制乾癬。（不符合者下次申請應於1年後）   4. □ 符合連續兩次暫緩用藥後復發病史者。   **重複療程**   * 1. □ 再次申請時，符合下列條件之一：      1. □ 與初次治療前之療效達PASI 50；risankizumab於16週時，須先行評估至少有PASI 75療效。      2. □ 暫緩續用後至少有50%復發（需附上次療程治療前、後及本次照片）。      3. □ 符合連續兩次暫緩用藥後復發病史者。   2. □ 上次治療至今病歷影本(至多附6個月)，以及申請日期之臨床照片。   **上次申請之生物製劑使用時間及使用劑量：**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 使用生物製劑 | 使用劑量 | 使用時間 | PASI治療前後數值 | |  | \_\_\_mg/\_\_\_週 | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  | |  | \_\_\_mg/\_\_\_週 | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  | |  | \_\_\_mg/\_\_\_週 | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **無「需排除或停止使用之情形」** | | | |  |
|  | * 是 * 否 | 是否有生物製劑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。 | |  |
|  | * 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.人工關節受到感染〈該人工關節未除去前，不可使用生物製劑〉，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 | 病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis) | |  |
|  | * 是 * 否 | 於初次療程，經過6個月治療後PASI下降程度未達50% | |  |
|  | * 是 * 否 | 使用生物製劑期間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) | |  |
| **無「需暫緩續用之情形」** | | | |  |
|  | * 是 * 否 | 使用生物製劑治療2年後符合PASI≦10  （生物製劑使用/轉用時間計算方式之定義請參照給付規定） | |  |
| 申請醫師（簽名蓋章）：  專科醫師證書： 專字第　　　　 　 號 | | | 醫事機構章戳： |  |