**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: \_\_\_\_\_ kg3-1 □ 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： |  |