**附表三十二之一：全民健康保險12歲以上病人異位性皮膚炎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系統性(全身性)治療無效(治療需6個月完整療程)，或因醫療因素而無法接受其他系統性(全身性)治療之全身慢性、重度異位性皮膚炎：（定義請參照給付規定）**□ **符合Eczema area severity index (EASI) ≧16且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需≧30%，且「Investigator’s Global Assessment (IGA):3~4」之全身慢性異位性皮膚炎。(檢附至少6個月病歷影本與相關照片，得合併他院就診病歷)**1.□ 符合照光治療無效（檢附詳細3個月照光劑量記錄）。2.□ 符合其他系統性(全身性)治療無效（目前未達EASI申請標準者，需同時附治療前後資料）。**至少2種其他系統性(全身性)用藥之使用時間、劑量及停用或減量理由(患者目前體重:\_\_\_\_kg)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 使用劑量 | 使用時間 | 停用或減量理由 |
| Azathioprine(體重: \_\_\_ kg) | \_\_\_mg/day | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |  |
| Methotrexate | \_\_\_mg/week | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |  |
| Cyclosporin (體重: \_\_\_ kg) | \_\_\_mg/day | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |  |

□患者不曾核准使用治療乾癬之生物製劑，或曾有乾癬但症狀消失已達至少兩年，或申請前已切片排除乾癬診斷，並經皮膚科專科醫師確立目前為異位性皮膚炎診斷。□因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療。請詳述原因： 3.□符合全身慢性重度之異位性皮膚炎（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）。4.□異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數〔Eczema Area Severity Index〕≧16。第一次EASI＝0.1\*（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）\*\_\_\_＋0.3\*（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）\*\_\_\_＋0.2\*（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）\*\_\_\_＋0.4\*（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）\*\_\_\_＝\_\_\_\_第二次EASI＝0.1\*（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）\*\_\_\_＋0.3\*（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）\*\_\_\_＋0.2\*（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）\*\_\_\_＋0.4\*（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）\*\_\_\_＝\_\_\_\_註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。5.□異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需≧30%6.□Investigator’s Global Assessment (IGA):3~4。**□ 暫緩續用後疾病再復發之重新申請：**（需附上次療程治療前、後，及本次照片）□ 符合至少有EASI≧50%復發或EASI≧16。 |  |
|  | □符合繼續使用之療效評估：**初次療程**□ 於初次療程之第16週先行評估時，至少有EASI 50療效，方可使用。**重複療程**1.□再次申請時，符合下列條件之一：i.□與初次治療前之療效達EASI 50；ii.□暫緩續用後至少有50%復發或EASI≧16（需附上次療程治療前、後及本次照片）。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dupilumab使用時間及使用劑量：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 使用生物製劑 | 使用劑量 | 使用時間 | EASI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 |  |

 |  |
|  | **□符合「需排除或停止使用之情形」** |  |
|  |  |  □是 □否 | 病患是否罹患惡性腫瘤或為癌前狀態。 |  |
|  |  |  □是 □否 | 婦女是否正在懷孕或授乳。 |  |
|  |  |  □是 □否 | 病患是否罹患寄生蟲 (蠕蟲) 感染。 |  |
|  | **□符合「需暫緩續用之情形」** |  |
|  |  | □是□否 | 1.使用生物製劑治療滿1年後，符合EASI<162.使用生物製劑治療和初次治療前相比EASI改善未達50% |  |
|  | 申請醫師（簽名蓋章）：　　　　　　　 專科醫師證書： 專字第　　　　 　 號 | 醫事機構章戳： |  |