**附表三十六：全民健康保險狼瘡腎炎使用belimumab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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | □ 用於接受標準治療至少6個月但仍然無法有效控制疾病的第III, IV或V型狼瘡腎炎成人病人，且自體抗體陽性(anti-nuclear antibodies或anti–ds DNAantibodies陽性)   * 1. □ 標準治療係指同時使用以下藥物:      1. □ Prednisolone≥ 0.5mg/kg/day(或相等強度劑量之類固醇類藥物)且      2. □ 使用足量前導治療(induction phase)免疫抑制劑  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | 使用劑量 | 使用時間 | | Mycophenolate mofetil |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 | | Mycophenolic acid(MPA) |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 | | Cyclophosphamide |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 | | Azathioprine (體重: \_\_\_ kg) |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 | | 其他免疫抑制劑\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |  1. □ 無法有效控制疾病的定義為經標準治療至少6 個月後仍有以下情形:    1. □ 蛋白尿相較基期下降比例<50%，且uPCR或24小時蛋白尿≥ 1.0    2. □ 腎絲球過濾率 (glomerular filtration rate,GFR)下降超過20%以上且伴隨uPCR或24小時蛋白尿≥ 1.0或是出現尿沉渣。   □ 療效評估與繼續使用:每治療12 個月需評估病人在使用期間內是否達充分改善腎臟指標，必須達到以下標準才可以繼續使用：   1. □ uPCR或24小時蛋白尿≤ 0.7gm/天或相較於基期下降一半以上。 2. □ 腎絲球過濾率(glomerular filtration rate, GFR)沒有下降超過 20%以上。 3. □ 沒有末期腎臟病。 4. □ 相較基期，血清肌酸酐沒有增加超過1倍。 5. □ 治療2年後，若腎炎已達完全緩解者(complete renal response, CRR)，應停止使用belimumab。CRR指病人uPCR<0.5且eGFR下降與基期相比<10%或持續≥90 ml/min/1.73 m2。 |

申請醫師（簽名蓋章）：　　　　　　　 申請醫師（簽名蓋章）：

專科醫師證書： 專字第　　　　 　 號 醫事機構章戳：