

附表三十二之二：全民健康保險6歲以上未滿12歲兒童

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

- 符合外用藥物及一種全身性免疫抑制劑治療無效(治療需3個月的完整療程)之全身慢性中重度之異位性皮膚炎：(定義請參照給付規定)
- 符合 Eczema area severity index (EASI)  $\geq 16$  且「Investigator's Global Assessment (IGA)  $\geq 3$ 」之全身慢性異位性皮膚炎。(檢附至少3個月病歷影本與相關照片，得合併他院就診病歷)

外用藥物及全身性免疫抑制劑之名稱、使用期間、劑量及停用或減量理由(病人目前體重：  
\_\_\_ kg)

	藥品名稱	使用劑量	使用期間	停用或減量理由
Topical corticosteroid		-	___年___月___日至 ___年___月___日	
Topical calcineurin inhibitor		-	___年___月___日至 ___年___月___日	
全身性免疫抑制劑			___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。

- 符合全身慢性中重度之異位性皮膚炎(檢附至少3個月病歷影本，得合併它院就診病歷)。
- 異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數[Eczema Area Severity Index]  $\geq 16$ 。

8歲以上兒童：

$$\begin{aligned} \text{第一次 EASI} &= 0.1 * ( \_ + \_ + \_ + \_ ) * \_ + \\ & 0.3 * ( \_ + \_ + \_ + \_ ) * \_ + \\ & 0.2 * ( \_ + \_ + \_ + \_ ) * \_ + \\ & 0.4 * ( \_ + \_ + \_ + \_ ) * \_ \\ & = \_ \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{第二次 EASI} &= 0.1 * ( \_ + \_ + \_ + \_ ) * \_ + \\ & 0.3 * ( \_ + \_ + \_ + \_ ) * \_ + \\ & 0.2 * ( \_ + \_ + \_ + \_ ) * \_ + \\ & 0.4 * ( \_ + \_ + \_ + \_ ) * \_ \\ & = \_ \end{aligned}$$

未滿8歲兒童：

$$\begin{aligned} \text{第一次 EASI} &= 0.2 * (\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_) * \_\_ + \\ & 0.3 * (\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_) * \_\_ + \\ & 0.2 * (\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_) * \_\_ + \\ & 0.3 * (\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_) * \_\_ \\ & = \_\_\_\_ \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{第二次 EASI} &= 0.2 * (\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_) * \_\_ + \\ & 0.3 * (\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_) * \_\_ + \\ & 0.2 * (\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_) * \_\_ + \\ & 0.3 * (\_\_ + \_\_ + \_\_ + \_\_) * \_\_ \\ & = \_\_\_\_ \end{aligned}$$

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。

3.  Investigator' s Global Assessment (IGA) ≥ 3。

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3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。

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患寄生蟲（蠕蟲）感染。
<input type="checkbox"/> 符合「需暫緩續用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1. 使用生物製劑治療滿1年後，符合 EASI<16 2. 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）：

醫事機構章戳：

專科醫師證書： 專字第

號