**附表二十四之七：全民健康保險乾癬使用apremilast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 | |  |  | |
| □ **符合對傳統全身性治療療效反應不佳、無法耐受或具有禁忌症的中度至重度斑塊乾癬之成年病人：**   * 1. □ 符合照光治療無效或無法耐受（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。   **至少以下任一種藥物之使用時間、劑量及停用或無法耐受理由**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 使用劑量 | 使用時間 | 停用或無法耐受理由 | | Methotrexate | \_\_\_mg/week | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  | | Cyclosporine | \_\_\_mg/day | \_\_年\_\_月\_\_日至  \_\_年\_\_月\_\_日 |  |   患者體重: \_\_\_\_\_ kg  3 □ 符合全身中至重度之斑塊乾癬（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）。   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×（\_\_\_＋\_\_\_＋\_\_\_）×\_\_\_  ＝ | | | | | | | | | | |
|  **無「需排除或停止使用之情形」** | | | | | | | | | | |  |
|  | * 是 * 否 | | 是否有apremilast仿單記載之禁忌情形。 | | | | | | | |  |
|  | * 是 * 否 | | 婦女是否正在懷孕或授乳。 | | | | | | | |  |
|  | * 是 * 否 | | 使用apremilast期間發生懷孕或不良事件(包括：該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病) | | | | | | | |  |
| 申請醫師（簽名蓋章）：  專科醫師證書： 專字第　　　　 　 號 | | | | | | | 醫事機構章戳： | |  | |