

附表二十四之七：全民健康保險乾癬使用 apremilast、deucravacitinib 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		使用日期	年 月 日
藥品代碼		用法用量			

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：

- 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）。
- 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

	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

- 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）。
- 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 $\geq 10\%$ 體表面積）。

$$\text{PASI} = 0.1 \times (\text{___} + \text{___} + \text{___}) \times \text{___} + 0.3 \times (\text{___} + \text{___} + \text{___}) \times \text{___} + 0.2 \times (\text{___} + \text{___} + \text{___}) \times \text{___} + 0.4 \times (\text{___} + \text{___} + \text{___}) \times \text{___}$$

=

無「需排除或停止使用之情形」

<input type="checkbox"/>	是否有 apremilast、deucravacitinib 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/>	婦女是否正在懷孕或授乳。
<input type="checkbox"/>	使用 apremilast、deucravacitinib 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）

醫師（簽名蓋章）：

醫師證書：___ 專字第 ___ 號

機構章戳：