

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 | 年 月 日 |
| 藥品代碼 |  | 用法用量 |  |      | 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：

- 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<br>___年___月___日 |           |
| Cyclosporine | ___mg/day  | ___年___月___日至<br>___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）。

4.  乾癬面積暨嚴重度指數〔Psoriasis Area Severity Index (PASI)〕 $\geq 10$ （不適用 PASI 測定如膿疱性乾癬，則以範圍  $\geq 10\%$  體表面積）。

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

無「需排除或停止使用之情形」

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | 是否有 apremilast 仿單記載之禁忌情形。                         |
| <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 | 婦女是否正在懷孕或授乳。                                      |
| <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 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) |

醫師（簽名蓋章）：

醫師證書：\_\_專字第\_\_\_\_\_號

機構章戳：