**附表三十六之一：全民健康保險全身性狼瘡5-17歲病人使用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 |
|  | □ 限用於曾有anti–ds DNA抗體陽性之報告及低補體(C3或C4) 濃度之報告，且正在接受標準治療至少3個月但仍然無法有效控制疾病的全身性狼瘡5-17歲患者，需經事前審查核准後使用。1.□ 申請前3個月同時接受下列三項標準治療之至少兩項，且達到建議劑量:Ⅰ.□類固醇

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 藥品名稱 | 使用劑量 | 使用時間 |
| 藥名 |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |

Ⅱ.□Hydroxychloroquine

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 藥品名稱 | 使用劑量 | 使用時間 |
| Hydroxychloroquine |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |
| 若藥物治療未達建議劑量，請說明藥物引起副作用： |

Ⅲ. □至少一種(含)免疫抑制劑

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 藥品名稱 | 使用劑量 | 使用時間 |
| Azathioprine (體重: \_\_\_ kg) |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |
| 注射型cyclophosphamide(身高： cm；體重：kg) |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |
| cyclosporin(體重: \_\_\_ kg) |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |
| Mycophenolate mofetil(MMF)(身高： cm；體重：kg) |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |
| Mycophenolic acid(MPA)(身高： cm；體重：kg) |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |
| Methotrexate(身高： cm；體重：kg) |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |
| 其他免疫抑制劑\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日 |
| 若藥物治療未達建議劑量，請說明藥物引起副作用： |

2.□ 無法有效控制疾病的定義為經標準治療至少3個月後仍有疾病活動性SELENA SLEDAI積分≥8。□ 療效評估與繼續使用:每治療12 個月後評估SELENA SLEDAI積分：與初次申請之積分比較，減少≥4方得繼續使用。若需繼續使用，需重新提出申請。 |

 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：