

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		__年__月__日至__年__月__日

(身高： cm；體重：kg)		
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 $\geq$ 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 $\geq$ 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：