

附表九之三全民健康保險使用抗癌藥品 Bortezomib 申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動			受理日期：		受理編號：		緊急傳真日期：			
醫療機構	名稱	保險對象	姓名	出生	原受理編號 (申復時填用)		預定實施日期					
	代號		身分證 統一編號									科別
ICD-10代碼		疾病名稱		使用日期		年 月 日至 年 月 日						
藥品名稱及代碼		申請類別	給付規定			用法 用量	申請 數量	保險人核定欄				
		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> 合併其他癌症治療藥品使用於多發性骨髓瘤病人： (1)每人終生以16個療程為上限。 (2)需經事前申請後使用，每次申請4個療程。 (3)開始治療時病患須同時符合下列 I. 與 II. 的條件： I. 骨髓漿細胞(plasma cells)比例 $\geq 10\%$ ，或是經切片確認且有 ≥ 1 顆的 plasmacytoma。 II. 出現下列任一臨床症狀： i. 腎功能不全：serum creatinine $> 2.0\text{mg/dL}$ 或 estimated GFR (eGFR) $< 40\text{ ml/min}$ ，且無其他原因可以解釋。 ii. 高血鈣(corrected serum calcium) $> 11.0\text{ mg/dL}$ 或 2.75 mmol/L 。 iii. 貧血(Hemoglobin $< 10\text{ gm/dL}$ 且無其他原因可以解釋)。 iv. 影像檢查確認之 osteolytic bone lesion(s)。 v. 骨髓漿細胞(plasma cells)比例 $\geq 60\%$ 。 vi. Serum free light-chain ratio ≥ 100 。 (4)使用4個療程後，必須確定藥物使用後 paraprotein (M-protein)未上升(即表示為 response 或 stable status)，或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 之比率為療效依據，方可繼續使用。 (5)若病患於前線療程符合前項規定(4)之療效而醫師決定可暫時停藥，則後續療程可保留，於疾病復發時，再行申請使用。 (6)112年3月31日以前已核定用藥之病人，得經事前審查核准後，使用至總療程上限(即終生16個療程)或使用期間發生疾病惡化為止。 <input type="checkbox"/> 被套細胞淋巴瘤 Mantle Cell Lymphoma (MCL) 病人。 (1)每人以8個療程為上限。 (2)每日最大劑量 $1.5\text{mg/m}^2/\text{day}$ ；每個療程第1, 4, 8, 11日給藥。 (3)第一線使用過復發者，不得申請再次使用。 (4)需經事前審查核准後使用。					<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 <input type="checkbox"/> 其他：				
注意事項		本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向保險人各分區業務組申請審核。 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不須填寫。 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議會申請審議。 對核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。						保險人日期章戳		審查醫師		
醫事服務機構	醫院申請日期：年月日					承辦人	複核	科長	決行			
	印信		文號：									