

附表十五：全民健康保險類風濕關節炎使用生物製劑申請表

<input type="checkbox"/> 符合標準 DMARDs 療法失敗定義請參照類風濕關節炎使用生物製劑使用規範， 續用申請時免填)		
DMARDs 名稱	劑量	使用期間
Methotrexate	_____mg/week	____年____月____日至____年____月____日
Hydroxychloroquine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Sulphasalazine	_____g/day	____年____月____日至____年____月____日
IM Gold	_____mg/week	____年____月____日至____年____月____日
D-penicillamine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Azathioprine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Leflunomide	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Cyclosporine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
是否合併使用 prednisolone	Prednisolone 劑量	使用期間
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
經過 DMARDs 藥物六個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____ (若以 DMARDs 藥物合併使用 prednisolone 申請者，則無須填寫此欄位)		
DMARDs 藥物合併使用 prednisolone，經三個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____ (若以 DMARDs 藥物不合併使用 prednisolone 申請者，則無須填寫此欄位)		
若 DMARDs 藥物治療未達標準目標劑量 (standard target dose)，請說明藥物引起之副作用： _____ _____		
<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止使用之情形」		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有仿單記載之禁忌情形。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括 1.慢性腿部潰瘍，2.未經完整治療之結核病的病患 (包括潛伏結核感染治療未達四週者，申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查)，3.過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者，4.人工關節受到感染 (該人工關節未除去前，不可使用)，5.頑固性或復發性的胸腔感染疾病，6.具有留置導尿管之情形。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤。	

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用後療效不彰（療效之定義：DAS28 總積分下降程度大於等於(≥)1.2，或 DAS28 總積分小於 3.2 者）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用後發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)。

申請醫師（簽名蓋章）：_____

內科專科醫師證書：內專字第_____號

醫事機構章戳：

風濕病專科醫師證書：中僂字第_____號