

附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 Ustekinumab/Ixekizumab
申請表(第一頁)

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

符合抗腫瘤壞死因子 (anti-TNF) 或未達療效

療效定義：治療12週後，評估乾癬關節炎反應標準〔附表二十二之三〕，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼痛關節或腫脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化。

- 疼痛關節的關節總數較原基礎值改善。
- 腫脹關節的關節總數較原基礎值改善。
- 醫師的整體評估較原基礎值改善。
- 病患的整體評估較原基礎值改善。
- 上述4種指標皆無惡化。

- Etanercept _____ mg/ week
- Adalimumab _____ mg/ two weeks
- Golimumab _____ mg/ month
- Secukinumab _____ mg/ month

(請檢附使用 etanercept、adalimumab、golimumab 或 Secukinumab 12週或以上之病歷影本)

符合腫瘤壞死因子(TNF)抑制或 Secukinumab 療法無法耐受 (請檢附病歷影本)(請說明藥物引起不良反應之情形如副作用、發生 TB 或惡性腫瘤等)：

Etanercept
_____ mg/ week 引起之不良事件: _____

Adalimumab
_____ mg/ two weeks 引起之不良事件: _____

Golimumab
_____ mg/ month 引起之不良事件: _____

Secukinumab
_____ mg/ month 引起之不良事件: _____

附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 Ustekinumab/Ixekizumab
申請表(第二頁)

<p><input type="checkbox"/> 符合繼續使用之療效評估：</p> <p>療效定義：初次申請後，Ustekinumab 於24週評估(Ixekizumab 12週評估)乾癬關節炎反應標準〔附表二十二之三〕，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼痛關節或腫脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化，方得繼續使用。繼續使用者，需每12週評估一次，再次提出申請續用。</p> <p><input type="checkbox"/> 疼痛關節的關節總數較原基礎值改善。 <input type="checkbox"/> 腫脹關節的關節總數較原基礎值改善。 <input type="checkbox"/> 醫師的整體評估較原基礎值改善。 <input type="checkbox"/> 病患的整體評估較原基礎值改善。 <input type="checkbox"/> 上述4種指標皆無惡化。 註：改善之定義請參照給付規定</p>	
<p><input type="checkbox"/> 無「需排除或停止 ustekinumab/ixekizumab 使用之情形」</p>	
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>是否有藥名_____仿單記載之禁忌情形。</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>婦女是否正在懷孕或授乳。</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>病患是否罹患活動性感染之疾病或有 B 肝、C 肝活動性感染或結核病。</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 慢性腿部潰瘍。 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）。 過去12個月內曾罹患感染性關節炎者。 曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，不可使用。 頑固性或復發性的胸腔感染疾病。 具有留置導尿管之情形。
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiple sclerosis)</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>使用 ustekinumab/ixekizumab 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)</p>