

附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用
Ustekinumab/Brodalumab

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)、secukinumab、ixekizumab 或 tofacitinib 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。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Etanercept ___mg/ week | <input type="checkbox"/> Secukinumab ___mg/ four weeks |
| <input type="checkbox"/> Adalimumab ___mg/ two weeks | <input type="checkbox"/> Ixekizumab ___mg/ four weeks |
| <input type="checkbox"/> Golimumab ___mg/ month | <input type="checkbox"/> Tofacitinib ___mg/次 ___次/ day |
| <input type="checkbox"/> Certolizumab ___mg/ weeks | |

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

符合腫瘤壞死因子(TNF)抑制、secukinumab、ixekizumab 或 tofacitinib 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：

- Certolizumab _____ mg/ weeks 引起之不良事件：

- Secukinumab _____ mg/ four weeks 引起之不良事件：

- Ixekizumab _____ mg/ four weeks 引起之不良事件：

- Tofacitinib _____ mg/次 _____ 次/ day 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/Brodalumab 申請表
(第二頁)

符合繼續使用之療效評估：

療效定義：初次申請後，Ustekinumab、Brodalumab 於24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。

- 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。

註：改善之定義請參照給付規定

無「需排除或停止 ustekinumab、brodalumab 使用之情形」

是
 否 是否有藥名_____仿單記載之禁忌情形。

是
 否 婦女是否正在懷孕或授乳。

是
 否 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。

是
 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. 曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，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。

是
 否 病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤

是
 否 病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiple sclerosis)