

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/guselkumab 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。

Etanercept	_____mg/ week	Secukinumab	_____mg/ four weeks
Adalimumab	_____mg/ two weeks	Ixekizumab	_____mg/ four weeks
Golimumab	_____mg/ month	Tofacitinib	_____mg/次 次/ day
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/guselkumab 申請表(第二頁)

<input type="checkbox"/> <b>符合繼續使用之療效評估：</b> 療效定義：初次申請後，Ustekinumab 及 <u>guselkumab</u> 於24週評估(brodalumab 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。 <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	
<b>無「需排除或停止 ustekinumab、brodalumab、<u>guselkumab</u> 使用之情形」</b>	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有藥名_____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或有 B 肝、C 肝活動性感染或結核病。
<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. 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。
<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	病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 ustekinumab/ <u>guselkumab</u> 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)

附表二十四之○：全民健康保險掌蹠膿皰症使用生物製劑申請表

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

符合照光治療及其他全身性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他全身性治療之中、重度掌蹠膿皰症，且影響功能：(定義請參照給付規定)

- 符合照光治療無效 (檢附詳細3個月照光劑量記錄)。
- 符合其他全身性治療無效 (目前未達 PPPASI 申請標準者，需同時附治療前後資料)。

至少2種其他全身性治療用藥之使用時間、劑量及停用理由

	使用劑量	使用時間	停用理由
Acitretin	___mg/day	__年__月__日至 __年__月__日	
Methotrexate	___mg/week	__年__月__日至 __年__月__日	
Cyclosporin	___mg/day	__年__月__日至 __年__月__日	

患者體重: \_\_\_\_\_ kg

- 符合中、重度之掌蹠膿皰症 (檢附照片應包括掌、蹠照片)。
- 掌蹠膿皰症面積暨嚴重度指數 [Palmoplantar Pustulosis Area Severity Index (PPPASI)]  $\geq$  12。

PPPASI = [ (E+P+D) \*area\*0.2 (右手掌) ] + [ (E+P+D) \*area\*0.2 (左手掌) ] + [ (E+P+D) \*area\*0.3 (右足底) ] + [ (E+P+D) \*area\*0.3 (左足底) ] = \_\_\_\_\_

Score	Erythema (E)	Pustules (P)	Desquamation (D)	Area involved (%)
0	None	None	None	0
1	Slight	Slight	Slight	0-10
2	Moderate	Moderate	Moderate	10-30
3	Severe	Severe	Severe	30-50
4	Very severe	Very severe	Very severe	50-70
5	-	-	-	70-90
6	-	-	-	90-100

暫緩續用後疾病再復發之重新申請：

- 符合至少有50%復發 (需附上次療程治療前、後，及本次照片)。

符合繼續使用之療效評估：

初次療程

- 於初次療程之第16週評估時，至少有 PPPASI 25療效。
- 於初次療程，經過6個月治療後，PPPASI 改善達50%。
- 原先使用 cyclosporin 控制有效且腎功能異常 (Creatinine 基礎值上升  $\geq$  30%) 者，於6個月療程 (初次療程) 結束後，因回復使用 cyclosporin 產生腎功能異常，或其他無法有效控制之副作用，經減藥後仍無法有效控制掌蹠膿皰症。(不符合者下次申請應於1年後)

**重複療程**

4.  再次申請時，符合下列條件之一：
- i.  與初次治療前之療效達 PPPASI50；
- ii.  暫緩續用後至少有50%復發（需附上次療程治療前、後及本次照片）。
5.  上次治療至今病歷影本（至多附6個月），以及申請日期之臨床照片。

**上次申請之生物製劑使用時間及使用劑量：**

使用生物製劑	使用劑量	使用時間	PPPASI 治療前後數值
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	

**無「需排除或停止使用之情形」**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是 否	是否有生物製劑仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是 否	病患是否具有高度感染機會之情形，包括下列： 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，不可使用生物製劑） 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"/>	<input type="checkbox"/>	是 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是 否	於初次療程，經過6個月治療後 PPPASI 下降程度未達50%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	是 否	使用生物製劑期間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)

**無「需暫緩續用之情形」**

- 是
- 否
- 使用生物製劑治療2年後符合 PPPASI<12  
(生物製劑使用/轉用時間計算方式之定義請參照給付規定)

申請醫師（簽名蓋章）：

醫事機構章戳：

專科醫師證書： 專字第

號