

免疫檢查點抑制劑登錄表_默克細胞癌

適應症	platinum類化療失敗之轉移性第四期默克細胞癌		
醫事機構代碼		醫事機構名稱	申請日期
病人姓名		出生日期	
身分證號		病歷號碼	
成分			
*身高	<input type="text"/> cm	*體重	<input type="text"/> Kgw
用法用量	<input type="text"/>		

初次使用

初次使用：使用週數 (1~12週)

*初次診斷Merkel cell carcinoma時間	<input type="text"/>
*原發部位	<input type="text"/>
*初診斷期別 (AJCC分期)	<input type="radio"/> Stage 0 <input type="radio"/> Stage I <input type="radio"/> Stage II <input type="radio"/> Stage III <input type="radio"/> Stage IV <input type="radio"/> Unknown
*曾接受手術治療	<input type="radio"/> 是，術式 <input type="text"/> 、治療日期 <input type="text"/> <input type="radio"/> 否
*曾接受其他治療	<input type="radio"/> 是，種類 <input type="text"/> 、治療期間 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="radio"/> 否

本次申請使用時病患及疾病狀況

*初次發現轉移時間	<input type="text"/> ~ <input type="text"/>
*病人目前身體狀況	<input type="radio"/> ECOG = 0 <input type="radio"/> ECOG = 1
*疾病目前轉移部位	<input type="radio"/> 內臟 (visceral organs) 轉移 <input type="radio"/> 其他部位轉移，部位 <input type="text"/>
*最近周邊血液淋巴球數目 (absolute lymphocyte count= WBC x Lym%) 數值	<input type="text"/> /uL <input type="radio"/> 下降 <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 上升
*腫瘤內 Merkel cell polyomavirus 狀態	<input type="radio"/> 陽性
*目前肝功能檢驗數值	GOT <input type="text"/> U/L GPT <input type="text"/> U/L Bilirubin(total) <input type="text"/> mg/dL
*目前腎功能檢驗數值	Creatinine(blood) <input type="text"/> mg/dL (可以填到小數點前後各一位) eGFR <input type="text"/> ml/min/1.73m2
*心臟功能評估	NYHA functional class <input type="text"/>

***PD-L1 染色** 申請該藥品不需附檢測結果

有檢驗，染色方式為

檢驗結果

Tumor Proportional Score (TPS) %

TC (tumor cells) %

IC (immune cells) %

其他結果

其他標記(請描述)

結果(請描述)

陽性 陰性 其他

使用免疫檢查點抑制劑之前已接受過之治療與完整用藥資料(如化學治療、標靶藥物及自費等用藥之劑量及療程)，自進入疾病晚期或轉移後起算，包含自費治療。

<input type="checkbox"/> 第一線治療	<input type="checkbox"/> 標靶治療，藥物名稱 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 化療治療，藥物名稱 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 其他治療， <input type="text"/>	治療期間 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 疾病惡化 <input type="radio"/> 無法耐受或產生嚴重藥物副作用 <input type="radio"/> 其他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 第二線治療	<input type="checkbox"/> 標靶治療，藥物名稱 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 化療治療，藥物名稱 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 其他治療， <input type="text"/>	治療期間 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 疾病惡化 <input type="radio"/> 無法耐受或產生嚴重藥物副作用 <input type="radio"/> 其他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 第三線治療	<input type="checkbox"/> 標靶治療，藥物名稱 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 化療治療，藥物名稱 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 其他治療， <input type="text"/>	治療期間 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 疾病惡化 <input type="radio"/> 無法耐受或產生嚴重藥物副作用 <input type="radio"/> 其他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 第四線治療	<input type="checkbox"/> 標靶治療，藥物名稱 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 化療治療，藥物名稱 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 其他治療， <input type="text"/>	治療期間 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 疾病惡化 <input type="radio"/> 無法耐受或產生嚴重藥物副作用 <input type="radio"/> 其他 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 其他治療	<input type="text"/>	治療期間 <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> 疾病惡化 <input type="radio"/> 無法耐受或產生嚴重藥物副作用 <input type="radio"/> 其他 <input type="text"/>

*** 自診斷後起算，曾否使用下列治療 (包含自費治療或臨床試驗)**

MEK inhibitors

Interferon

PEG-interferon

IL-2

均未使用

申請再次使用

申請再次使用，符合繼續使用之療效評估：

為每12週之申請，本次申請第 ~ 第 週之用藥。

*病人目前身體狀況	<input type="radio"/> ECOG = 0 <input type="radio"/> ECOG = 1
*前12週使用之藥物療效反應 (以i-RECIST或mRECIST定義，請附影像檢查報告，請附影像檢查報告，如前次為SD，請勾選下方表格。)	<input type="radio"/> Complete response <input type="radio"/> Partial response 評估日期: <input type="text"/>
*上次申請藥物使用期間曾產生Grade 3以上副作用 (以CTCAE 4.0定義)	Grade <input type="text"/> 副作用 <input type="text"/>
	<input type="radio"/> 是 Grade <input type="text"/> 副作用 <input type="text"/>
	Grade <input type="text"/> 副作用 <input type="text"/>
	<input type="radio"/> 否

前次為Stable disease，12周後再次申請12周，本次申請第 ~ 第 週之用藥。

*病人目前身體狀況	<input type="radio"/> ECOG = 0 <input type="radio"/> ECOG = 1
	評估日期: <input type="text"/>
*上次申請藥物使用期間曾產生Grade 3以上副作用 (以CTCAE 4.0定義)	Grade <input type="text"/> 副作用 <input type="text"/>
	<input type="radio"/> 是 Grade <input type="text"/> 副作用 <input type="text"/>
	Grade <input type="text"/> 副作用 <input type="text"/>
	<input type="radio"/> 否