

免疫檢查點抑制劑登錄表_無法切除或轉移之第三期或第四期黑色素瘤

適應症	無法切除或轉移之第三期或第四期黑色素瘤，先前曾接受過至少一次全身性治療失敗者。		
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)

*初次診斷黑色素瘤時間	<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 (Neo) 輔助性療法	<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

*病人目前身體狀況	<input type="radio"/> ECOG = 0 <input type="radio"/> ECOG = 1
*疾病目前狀態	<input type="radio"/> 局部晚期但為 M0 <input type="radio"/> 轉移，僅知為 M1 <input type="radio"/> 轉移，為 M1a <input type="radio"/> 轉移，為 M1b <input type="radio"/> 轉移，為 M1c
*目前Lactate dehydrogenase (LDH)數值	<input type="text"/> IU/L <input type="radio"/> 低於/等於正常值上限 <input type="radio"/> 高於正常值上限 <input type="radio"/> 未知
*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
*心肺功能評估	NYHA functional class <input type="text"/>

生物標記檢測結果

* BRAF^{V600E/K} 狀態 Wild-type Mutant 未知

* PD-L1 染色 申請該藥品不需附檢測結果

有檢驗，染色方式(IHC class III IVD)為

檢驗結果

Tumor Proportional Score (TPS) %

Combined Positive Score (CPS) %

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。

* 進入疾病晚期或轉移時間 <input type="text"/>			
<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"/>	治療結果 <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"/>	治療結果 <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"/>	治療結果 <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"/>	治療結果 <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"/>	治療結果 <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)

BRAF inhibitors

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**

ECOG = 0 ECOG = 1

***前12週使用之藥物療效反應**

Complete response Partial response

(以i-RECIST或mRECIST定義，請附影像檢查報告，如前次為SD，請勾選下方表格。)

評估日期: 

***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)**

是

Grade
副作用

Grade
副作用

Grade
副作用

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**

ECOG = 0 ECOG = 1

評估日期: 

***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)**

是

Grade
副作用

Grade
副作用

Grade
副作用

否