

「藥品給付規定」修正對照表

附表 1

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 106 年 11 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
8. 2. 4. 2. Etanercept(如 Enbrel)； adalimumab (如 Humira)； golimumab (如 Simponi)； abatacept (如 Orencia)； tocilizumab (如 Actemra)； tofacitinib (如 Xeljanz)、 <u>certolizumab (Cimzia)</u>(92/3/1、 93/8/1、93/9/1、98/3/1、99/2/1、 100/12/1、101/1/1、101/6/1、 102/1/1、102/4/1、102/10/1、 103/12/1、106/4/1、<u>106/11/1</u>)： 成人治療部分 1. ～5. (略) 6. 病患需同時符合下述(1)(2)(3) 項條件，方可使用；若有第(4) 項情形，不得使用；若有第(5) 項情形，需停止使用。 (1)～(3)(略) (4)需排除使用的情形 (93/9/1、 <u>106/11/1</u>) 應參照藥物仿單，重要之排除 使用狀況包括 (以下未列者參 照仿單所載)： I. 懷孕或正在授乳的婦女	8. 2. 4. 2. Etanercept(如 Enbrel)； adalimumab (如 Humira)； golimumab (如 Simponi)； abatacept (如 Orencia)； tocilizumab (如 Actemra)； tofacitinib (如 Xeljanz) (92/3/1、93/8/1、93/9/1、 98/3/1、99/2/1、100/12/1、 101/1/1、101/6/1、102/1/1、 102/4/1、102/10/1、103/12/1、 106/4/1)：成人治療部分 1. ～5. (略) 6. 病患需同時符合下述(1)(2)(3) 項條件，方可使用；若有第(4) 項情形，不得使用；若有第(5) 項情形，需停止使用。 (1)～(3)(略) (4)需排除使用的情形 (93/9/1) 應參照藥物仿單，重要之排除 使用狀況包括 (以下未列者參 照仿單所載)： I. 懷孕或正在授乳的婦女

<u>(certolizumab 除外)</u> <u>(106/11/1)</u> Ⅱ.～Ⅴ.(略) 7.～9.(略) 附表十三：(略) 附表十四：(略) 附表十五：全民健康保險類風濕關節炎使用生物製劑申請表 <u>(106/11/1)</u>	Ⅱ.～Ⅴ.(略) 7.～9.(略) 附表十三：(略) 附表十四：(略) 附表十五：全民健康保險類風濕關節炎使用 etanercept/ adalimumab/golimumab/abatacept /tocilizumab/tofacitinib 申請表
---	--

備註：劃線部份為新修正之規定。

附表十五：全民健康保險類風濕關節炎使用生物製劑申請表

☐ 符合標準 DMARDs 療法失敗（定義請參照 <u>類風濕關節炎使用生物製劑使用規範</u> ，續用申請時免填）		
DMARDs 名稱	劑量	使用期間
Methotrexate	_____mg/week	____年____月____日至____年____月____日
Hydroxychloroquine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Sulphasalazine	_____g/day	____年____月____日至____年____月____日
IM Gold	_____mg/week	____年____月____日至____年____月____日
D-penicillamine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Azathioprine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Leflunomide	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
Cyclosporine	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
是否合併使用 prednisolone	Prednisolone 劑量	使用期間
☐ 是 ☐ 否	_____mg/day	____年____月____日至____年____月____日
經過 DMARDs 藥物六個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____（若以 DMARDs 藥物合併使用 prednisolone 申請者，則無須填寫此欄位）		
DMARDs 藥物合併使用 prednisolone，經三個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____（若以 DMARDs 藥物不合併使用 prednisolone 申請者，則無須填寫此欄位）		
若 DMARDs 藥物治療未達標準目標劑量(standard target dose)，請說明藥物引起之副作用： _____ _____		
☐ 符合「需排除或停止使用之情形」		
☐ 是 ☐ 否	是否有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。	
☐ 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.人工關節受到感染（該人工關節未除去前，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	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)。
☐ 是 ☐ 否	使用後療效不彰（療效之定義：DAS28 總積分下降程度大於等於($\geq$)1.2，或 DAS28 總積分小於 3.2 者）。
☐ 是 ☐ 否	使用後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)。

申請醫師（簽名蓋章）：_____

內科專科醫師證書：內專字第_____號

醫事機構章戳：

風濕病專科醫師證書：中僑字第_____號