

附表十六：全民健康保險活動性多關節幼年型慢性關節炎使用
etanercept/adalimumab/tocilizumab 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	
身份證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日
<input type="checkbox"/> 符合活動性多關節幼年型慢性關節炎之診斷： <input type="checkbox"/> 1. 全身性 (systemic) <input type="checkbox"/> 2. 多發性關節炎 (polyarticular) (類風濕性因子陽性或陰性者皆可) <input type="checkbox"/> 3. 擴散型的嚴重少數關節炎 (extended oligoarticular) 診斷條件：(請列出符合之臨床、血液及X光條件)					
符合活動性多關節炎標準 (請附治療前後關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告)					
		評估時間	____年____月____日	評估時間	____年____月____日
腫脹關節		請詳列關節於下		請詳列關節於下	
疼痛或壓痛關節		請詳列關節於下		請詳列關節於下	
活動範圍受到限制關節		請詳列關節於下		請詳列關節於下	
腫脹關節的總數					
疼痛或壓痛關節的總數					
活動範圍受到限制的關節總數					
醫師的整體評估					
紅血球沈降速率(ESR)					
CRP (mg/dL)					

<input type="checkbox"/> 符合標準療法失敗		
藥物名稱	劑量	使用期間
Methotrexate	_____mg/m ² /week	___年___月___日至___年___月___日
類固醇(藥名)	_____mg/kg/day	___年___月___日至___年___月___日
其他	_____mg/day	___年___月___日至___年___月___日
若藥物治療未達標準目標劑量，請說明藥物引起之副作用：		
<input type="checkbox"/> 符合「需排除或停止使用之情形」		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有仿單記載之禁忌情形	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否懷孕或正在授乳。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患活動性的感染疾病。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	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)。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患身上是否帶有人工關節，罹患或先前曾罹患敗血症(sepsis)。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否有免疫功能不全。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用後療效不彰：經過六個月治療後，未達療效反應標準或有惡化現象。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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：內專醫字第_____號

風濕病專科醫師證書：中僑專醫字第_____號 醫事機構章戳：

小兒科專科醫師證書：兒專醫字第_____號

小兒過敏免疫專科醫師證書：專醫字第_____號