

附表二十三：全民健康保險使用 rituximab 申請表

初次治療

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) 未達療效

Etanercept \_\_\_\_\_ mg/ week  DAS28 總積分下降程度 < 1.2

Adalimumab \_\_\_\_\_ mg/ two weeks  DAS28 總積分仍 ≥ 3.2 者

Golimumab \_\_\_\_\_ mg/ month

(請檢附使用 etanercept、adalimumab 或 golimumab 六個月或以上之病歷影本)

符合腫瘤壞死因子(TNF)抑制療法無法耐受 (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：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HBsAg + -  Anti-HCV + -

符合「須排除或停止 rituximab 使用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 rituximab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否對 rituximab 過敏。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患重度活動性感染症。
<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	病患是否罹患重度心衰竭 (New York Heart Association class IV)。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。

重複療程

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

使用 rituximab 療效：

(申請第 1 次重複療程者，填寫初次療效;申請第 2 次以上重複療程者，填寫前兩次療效)

Day 1 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_\_mg, DAS28 總積分\_\_\_\_\_

Day 15 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_\_mg,

Week 21 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日, DAS28 總積分\_\_\_\_\_

DAS28 總積分下降程度  $\geq 1.2$  (下降\_\_\_\_\_分), 或  DAS28 總積分  $< 3.2$  者

Day 1 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_\_mg, DAS28 總積分\_\_\_\_\_

Day 15 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日\_\_\_\_\_mg (給藥時機為  DAS28 總積分  $\geq 3.2$  者, 或  DAS28 總積分上升  $\geq 0.6$ )

Week 21 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日, DAS28 總積分\_\_\_\_\_

DAS28 總積分下降程度  $\geq 1.2$  (下降\_\_\_\_\_分), 或  DAS28 總積分  $< 3.2$  者

(請檢附當時申報 rituximab 之相關資料)

治療過程中是否發生不良事件(請說明不良事件:如肝炎或嚴重感染等,及不良事件發生之時間):

符合「須排除或停止 rituximab 使用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 rituximab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否對 rituximab 過敏。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患重度活動性感染症。
<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	病患是否罹患重度心衰竭 (New York Heart Association class IV)。
<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	使用 rituximab 發生不良事件(如藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

28 處關節疾病活動度評估 〈Disease Activity Score, DAS 28〉

	評估時間____年____月____日 DAS28 積分：_____				評估時間____年____月____日 DAS28 積分：_____			
	右		左		右		左	
	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹
肩關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手肘關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手腕關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCP 關節 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姆指指間關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIP 關節 V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膝關節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
觸痛關節之總數(左邊+右邊)	_____				_____			
腫脹關節之總數(左邊+右邊)	_____				_____			
紅血球沉降速率	_____毫米/小時				_____毫米/小時			
整體健康狀態評估								

整體健康狀態評估(general health assessment)： 100 mm 圖像模擬量表中所呈現的整體健康狀態。

申請醫師 (簽名蓋章)：\_\_\_\_\_

醫事機構章戳：

內科專科醫師證書：內專字第\_\_\_\_\_號

風濕病專科醫師證書：中僂專字第\_\_\_\_\_號

免疫專科醫師證書：中免專字第\_\_\_\_\_號