

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定
第 8 章免疫製劑 Immunologic agents

(自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3.4. Natalizumab (如 Tysabri) <u>(100/○○/1)</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於 interferon-beta 或 glatiramer 治療無效之復發型多發性硬化症病人。 2. 前述治療無效定義，係指患者臨床上每年有 2 次 (含) 以上的失能發作，且併下列條件之一： <ol style="list-style-type: none"> (1) 磁振攝影 (MRI) 影像的 T2 增強訊號病灶明顯增加。 (2) 至少出現 1 個釷增強病灶 (gadolinium-enhancing lesions)。 3. 病患若為眼神經脊髓炎 (neuromyelitis optica) 或曾經有脊髓發作超過三節或三節 (≥ 3 vertebral bodies) 以上者，不得使用。 4. 僅限於「多發性硬化症擴展殘疾狀況評分表」(Expanded Disability Status Scale; EDSS) 小於 5.5 者使用。 5. 須經事前審查核准後使用，每年須重新申請，排除眼神經脊髓炎 (neuromyelitis optica) 病患。 	<p>8.2.3.4. 無</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定
 第 14 章眼科製劑 Ophthalmic preparations
 (自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>14.9 其他 Miscellaneous</p> <p>14.9.3 <u>Cyclosporine (如 Restasis ophthalmic emulsion 0.05%)</u> (100/○○/1)</p> <p>(一) 限符合下列條件，乾眼症嚴重程度為 Level 4 之病患使用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 嚴重乾眼症〔淚液分泌測試 (Schirmer's test without anesthesia) 少於 2mm/5min〕，需附檢查試紙。 2. 淚膜崩裂時間 (Tear Film Break-Up Time) 為 immediate。 3. 螢光染色之照片，顯示有嚴重角膜點狀上皮缺損，結膜充血染色且有絲狀角膜炎，角膜潰瘍，或眼瞼結膜粘連，角膜結膜角質化之情形。 4. 曾使用局部抗發炎藥物或淚點塞未見改善。 5. 視力功能檢查結果 < 0.6。 <p>(二) 須經事前審查核准後使用，六個月審查一次，若未改善則需停藥。</p>	<p>14.9 其他 Miscellaneous</p> <p>14.9.3 無</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定
第 9 章 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9.37. <u>Lenalidomide (如 Revlimid) :</u> <u>(100/○○/1) 附表八之四</u></p> <p>1. <u>與 dexamethasone 合併使用於先前已接受至少一種治療失敗之多發性骨髓瘤患者。</u></p> <p><u>(1)每人以 12 個療程為上限(每療程為 4 週)。</u></p> <p><u>(2)每天限使用 1 粒。</u></p> <p><u>(3)使用 4 個療程後，必須確定 paraprotein (M-protein)未上升 (即表示對藥物有反應或為穩定狀態) 或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 為療效依據，方可繼續使用。</u></p> <p>2. <u>須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 4 個療程為限，每 4 個療程需再次申請。</u></p>	<p>9.37. 無</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 2 章 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

(自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>2.1.9. Fondaparinux (如 <u>Arixtra</u>): (100/○○/1) <u>限用於治療 ST 段升高型心肌梗塞 (STEMI) 的急性冠狀症候群之病患，藉以預防使用血栓溶解劑治療或原先即不準備接受任何其它型式之再灌流治療的患者發生死亡和心肌再度梗塞。</u></p>	無

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定
第 2 章 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

(自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>2.8.2. 肺動脈高血壓治療劑(95/1/1、97/6/1、98/12/1、99/11/1、100/○○/1)：<u>此類藥物原則上不得併用，惟 WHO Functional Class III 及 IV 嚴重且危及生命之原發性肺動脈高血壓患者，使用單一藥物治療成效不佳時，得經事前審查核准通過接受合併治療。</u></p> <p>2.8.2.1. Iloprost (如 Ventavis、Ilomedin-20)：(95/1/1、99/11/1、100/○○/1)</p> <p>1. 吸入劑：限用於原發性肺動脈高血壓之治療。</p> <p>2. 輸注液：限用於原發性肺動脈高血壓且合併右心室衰竭嚴重度高於 class III。</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p> <p>2.8.2.2. Sildenafil (如 Revatio)：(97/6/1、</p>	<p>2.8.2. 肺動脈高血壓治療劑 (95/1/1、97/6/1、98/12/1、99/11/1)：</p> <p>2.8.2.1. Iloprost (如 Ventavis、Ilomedin-20)：(95/1/1、99/11/1)</p> <p>1. 吸入劑：限用於原發性肺動脈高血壓之治療。</p> <p>2. 輸注液：</p> <p>(1)限用於原發性肺動脈高血壓且合併右心室衰竭嚴重度高於 classIII。</p> <p>(2)<u>不得與其他原發性肺動脈高血壓藥物 (如 sildenafil 或 bosentan) 合併使用。</u></p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p> <p>2.8.2.2. Sildenafil (如 Revatio)：(97/6/1)</p>

<p style="text-align: center;">100/○○/1)</p> <p>1. 用於原發性肺動脈高血壓或結締組織病變導致之肺動脈高血壓之運動能力差(WHO Functional Class III 及 IV) 患者。</p> <p><u>2. 不得與任何有機硝酸鹽藥物合併使用。</u></p> <p>2.8.2.3. Bosentan (如 Tracleer); Ambrisentan (如 Volibris) (98/12 /1):</p> <p>1. 限用於原發性肺動脈高血壓之治療。</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用。</p>	<p>1. 用於原發性肺動脈高血壓或結締組織病變導致之肺動脈高血壓之運動能力差 (WHO Functional Class III 及 IV) 患者。</p> <p>2. 不得與任何有機硝酸鹽藥物、其他治療肺動脈高壓藥物 (如 Bosentan, Iloprost) 合併使用。</p> <p>2.8.2.3. Bosentan (如 Tracleer); Ambrisentan (如 Volibris) (98/12 /1):</p> <p>1. 限用於原發性肺動脈高血壓之治療。</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用。</p>
--	---

備註：劃線部份為新修訂之規定。

原發性肺動脈高壓(初次, 續)事前審查申請表

醫院代號及名稱: _____ 申請日期: ____/____/____

病人姓名: _____ 性別: _____ 出生日期: ____/____/____

身份證字號: _____

※臨床診斷及 WHO 心衰竭功能嚴重性: _____ II III IV

History	Symptoms : (Duration, Times or Frequency) <input type="checkbox"/> Dyspnea <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Chest Pain <input type="checkbox"/> Peripheral edema
Physical Examination	<input type="checkbox"/> Right ventricular heave <input type="checkbox"/> Clubbing finger <input type="checkbox"/> Loud P2 <input type="checkbox"/> Hepatojugular reflux <input type="checkbox"/> Peripheral edema <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> High jugular venous pressure
Chest X-ray	<input type="checkbox"/> Enlarged pulmonary artery <input type="checkbox"/> Enlarged right ventricle
ECG	<input type="checkbox"/> Right axis deviation <input type="checkbox"/> Right ventricular hypertrophy <input type="checkbox"/> Peaked P-wave
Pulmonary Function Tests	<input type="checkbox"/> Standard Spirometry <input type="checkbox"/> Diffusion Capacity
※ Transthoracic echocardiography	Right heart dilatation : _____ RVSP : _____ mmHg PR severity : _____
Laboratory Data	<input type="checkbox"/> Complete blood count, aPTT, PT <input type="checkbox"/> Liver function test: AST, ALT, Bilirubin, total protein, Albumin <input type="checkbox"/> BUN, Creatinine, Na, K <input type="checkbox"/> Arterial blood gas: paO2 : _____ paCO2 : _____ <input type="checkbox"/> Thyroid function test: TSH: __ free-T4__ or [TSH: _____ T4: _____ T3: _____] <input type="checkbox"/> HIV Ab: <input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-) <input type="checkbox"/> D-dimer:

Lung ventilation/perfusion scan	<input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)
#Chest CT (or MDCT)	<input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)
Overnight oximetry and / or #Chest physician consult	
#Transesophageal echocardiography	Congenital heart disease <input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)
#Abdominal ultrasound	<input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)
Autoimmune profile and Rheumatology consult	<input type="checkbox"/> ANA : _____ <input type="checkbox"/> Anti-Scl70 : _____ <input type="checkbox"/> Anti-RNP : _____ # <input type="checkbox"/> C3: _____ C4: _____ RF: _____
※Exercise capacity	<input type="checkbox"/> 6-MWT : _____meters # Borg dyspnea index : _____ # SpO ₂ -pre 6MWT : _____% # SpO ₂ -post 6 MWT : _____% # HR -pre 6MWT : _____bpm # HR-post 6 MWT : _____bpm
# BNP or NT -pro BNP	
#Right Heart Catheterization and Vasoreactivity test	PAP(S/M/D) : _____mmHg RAP : _____mmHg PCWP : _____mmHg C.O. : _____L/min C.I. : _____L/min/m ² TPG [Transpulmonary pressure gradient] : _____ PVR : _____Wood units <input type="checkbox"/> Vasodilator test: <input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)
其他說明	

1. 檢查均需附上正式報告
2. 需附上相關影像資料
3. ※為續使用者必要檢附資料
4. #為如有必要選擇檢查項目
5. 其他說明如 'out of proportion' 肺高壓

主治醫師簽名: _____

日期 : ___ / ___ / ___