

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

104



19

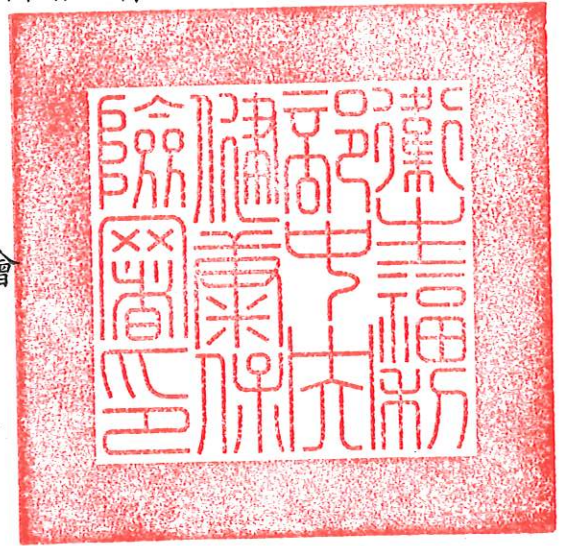
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年7月28日

發文字號：健保審字第1110671183號

附件：全民健康保險藥品已收載品項異動明細表及
藥品給付規定修訂對照表各1份



主旨：公告異動含guselkumab成分藥品(如Tremfya)之支付價格及修訂其藥品給付規定。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

公告事項：

- 一、「全民健康保險藥品已收載品項異動明細表」如附件1。
- 二、修訂「全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八十三條之藥品給付規定第8節免疫製劑Immunologic agents 8.2.4.4.、8.2.4.5.及8.2.4.11.」部分規定，給付規定修訂對照表如附件2。(附件電子檔已置於本署全球資訊網(<https://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規>公告，請自行下載)

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、國防部軍醫局、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商商業同業公會、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署資訊組、本署醫務管理組、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、嬌生股份有限公司

署長李伯璋

全民健康保險藥品已收載品項異動明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	原支付價	初核價格	初核說明	生效日期
1	KC01077209	TREMFYA Solution for injection	guselkumab 100mg/mL	1mL	嬌生股份有 限公司	69,540	65,367	1. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第56次會議結論辦理。 2. 本藥品擴增給付於「活動性乾癬性關節炎(含乾癬性周邊關節炎及乾癬性脊椎病變)」及「中至重度掌蹠膿皰症」，廠商同意調降支付價格。 3. 給付規定：適用通則暨8.2.4.4.、8.2.4.5.及8.2.4.11.規定。	111/9/01

「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 111 年 9 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>8.2.4.4. Adalimumab (如 Humira); etanercept (如 Enbrel); golimumab (如 Simponi); ustekinumab (如 Stelara); secukinumab (如 Cosentyx); ixekizumab (如 Taltz); tofacitinib (如 Xeljanz); certolizumab (如 Cimzia); brodalumab (如 Lumicef); <u>guselkumab</u>(如 Tremfya) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、 102/1/1、102/2/1、105/10/1、 107/1/1、109/3/1、109/6/1、 109/8/1、109/9/1、110/7/1) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、 102/1/1、102/2/1、105/10/1、 107/1/1、109/3/1、109/6/1、 109/8/1、109/9/1、110/7/1、 111/3/1、111/5/1、<u>111/9/1</u>): 用 於活動性乾癬性關節炎—乾癬性周 邊關節炎治療部分</p> <p>1. ~2. (略)</p> <p>3. 需符合下列所有條件: (1)~(4)(略) (5)<u>Ustekinumab</u>、<u>brodalumab</u> 及 <u>guselkumab</u> 限用於曾經接受抗腫瘤</p>	<p>8.2.4.4. Adalimumab (如 Humira); etanercept (如 Enbrel); golimumab (如 Simponi); ustekinumab (如 Stelara); secukinumab (如 Cosentyx); ixekizumab (如 Taltz); tofacitinib (如 Xeljanz); certolizumab (如 Cimzia); brodalumab (如 Lumicef) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、 102/1/1、102/2/1、105/10/1、 107/1/1、109/3/1、109/6/1、 109/8/1、109/9/1、110/7/1) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、 102/1/1、102/2/1、105/10/1、 107/1/1、109/3/1、109/6/1、 109/8/1、109/9/1、110/7/1、 111/3/1、111/5/1): 用於活動性乾 癬性關節炎—乾癬性周邊關節炎治 療部分:</p> <p>1. ~2. (略)</p> <p>3. 需符合下列所有條件: (1)~(4)(略) (5)<u>Ustekinumab</u> 及 <u>brodalumab</u> 限用 於曾經接受抗腫瘤壞死因子(如</p>

壞死因子(如 etanercept、adalimumab 或 certolizumab 等)、secukinumab、ixekizumab 或 tofacitinib 治療，但未達療效，或無法耐受的活動性乾癬性關節炎。申請初次治療者，應檢附曾經使用抗腫瘤壞死因子、secukinumab、tofacitinib 或 ixekizumab 之用藥結果，包括種類、劑量、治療前後 PsARC 評估及副作用報告等資料，並宜記錄患者 HBsAg 及 Anti-HCV 資料(若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA)。(105/10/1、107/1/1、109/3/1、109/6/1、111/3/1、111/5/1、111/9/1)

4. 使用劑量：

(1)~(4)(略)

(5)Guselkumab 之起始劑量為第 0 週及第 4 週投予 100mg，之後每 8 週給予維持劑量 100mg。(111/9/1)

5. 療效評估與繼續使用：(105/10/1、111/9/1)

(1)療效定義：治療 12 週

(ustekinumab 及 guselkumab 初次治療則為 24 週)後，評估乾癬關節炎反應標準(PsARC, Psoriatic Arthritis Response Criteria)，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼

etanercept、adalimumab 或 certolizumab 等)、secukinumab、ixekizumab 或 tofacitinib 治療，但未達療效，或無法耐受的活動性乾癬性關節炎。申請初次治療者，應檢附曾經使用抗腫瘤壞死因子、secukinumab、tofacitinib 或 ixekizumab 之用藥結果，包括種類、劑量、治療前後 PsARC 評估及副作用報告等資料，並宜記錄患者 HBsAg 及 Anti-HCV 資料(若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA)。(105/10/1、107/1/1、109/3/1、109/6/1、111/3/1、111/5/1)

4. 使用劑量：

(1)~(4)(略)

5. 療效評估與繼續使用：(105/10/1)

(1)療效定義：治療 12 週

(ustekinumab 初次治療則為 24 週)後，評估乾癬關節炎反應標準(PsARC, Psoriatic Arthritis Response Criteria)，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼痛關節或腫

<p>痛關節或腫脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化，方得繼續使用。(附表二十二之三)(111/9/1)</p> <p>i. ~ iv. (略)</p> <p>(2)Ustekinumab：(略)</p> <p>(3)<u>Guselkumab：初次申請以4劑(初次、第4週、第12週及第20週時投予每劑100mg)為限，且於第24週時，需先行評估，至少有PsARC療效方可申請續用，續用以每隔8週給予維持劑量100mg為限。</u> (111/9/1)</p> <p>(4)<u>繼續使用者，需每12週評估一次，再次提出申請續用；惟guselkumab每16週評估一次，再次提出申請續用。</u>(111/9/1)</p> <p>6. 需排除使用的情形(略)</p> <p>7. 需停止治療情形(略)</p> <p>◎附表二十二之一：(略)</p> <p>◎附表二十二之二：(略)</p> <p>◎附表二十二之三：(略)</p> <p>◎<u>附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用ustekinumab/brodalumab/guselkumab申請表(109/3/1、111/3/1、111/5/1、111/9/1)</u></p>	<p>脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化，方得繼續使用。(附表二十二之三)</p> <p>i. ~ iv. (略)</p> <p>(2)Ustekinumab：(略)</p> <p>(3)繼續使用者，需每12週評估一次，再次提出申請續用。</p> <p>6. 需排除使用的情形(略)</p> <p>7. 需停止治療情形(略)</p> <p>◎附表二十二之一：(略)</p> <p>◎附表二十二之二：(略)</p> <p>◎附表二十二之三：(略)</p> <p>◎<u>附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用Ustekinumab/Brodalumab申請表(109/3/1、111/3/1、111/5/1)</u></p>
<p>8.2.4.5. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept(如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi) ;</p>	<p>8.2.4.5. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept(如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi) ;</p>

secukinumab(如 Cosentyx) ;
ixekizumab (如 Taltz);
tofacitinib (如 Xeljanz);
certolizumab (如 Cimzia);
guselkumab(如 Tremfya)
(98/8/1、98/11/1、99/1/1、
102/1/1、102/2/1、107/1/1、
109/3/1、109/6/1、110/7/1、
111/9/1)：用於活動性乾癱性關節
炎－乾癱性脊椎病變治療部分

1. ~2. (略)

3. 需符合下列所有條件方可使用腫瘤
壞死因子抑制劑或 secukinumab
150mg 或 ixekizumab 或
tofacitinib 或 guselkumab 作為第
二線治療：(107/1/1、109/3/1、
109/6/1、111/9/1)

(1)~(6)(略)

4. ~6. (略)

7. Guselkumab 之起始劑量為第 0 週及
第 4 週投予 100mg，之後每 8 週給
予維持劑量 100mg。(111/9/1)

8. 療效評估與繼續使用：

(1)初次使用者治療 12 週評估
BASDAI，惟 guselkumab 初次治療
24 週評估 BASDAI：與使用前比較，
出現 50%以上的進步或減少 2 分以
上，方得繼續使用。(111/9/1)

(2)繼續使用者，需每 12 週評估一
次，再次提出申請續用；惟

secukinumab(如 Cosentyx) ;
ixekizumab (如 Taltz);
tofacitinib (如 Xeljanz);
certolizumab (如 Cimzia)
(98/8/1、98/11/1、99/1/1、
102/1/1、102/2/1、107/1/1、
109/3/1、109/6/1、110/7/1)：用
於活動性乾癱性關節炎－乾癱性脊
椎病變治療部分

1. ~2. (略)

3. 需符合下列所有條件方可使用腫瘤
壞死因子抑制劑或 secukinumab
150mg 或 ixekizumab 或
tofacitinib 作為第二線治療：
(107/1/1、109/3/1、109/6/1)

(1)~(6)(略)

4. ~6. (略)

7. 療效評估與繼續使用：

(1)初次使用者治療 12 週評估
BASDAI：與使用前比較，出現 50%
以上的進步或減少 2 分以上，方得
繼續使用。

(2)繼續使用者，需每 12 週評估一
次，再次提出申請續用。

<p><u>guselkumab 每 16 週評估一次，再次提出申請續用。(111/9/1)</u></p> <p><u>9. 需排除使用情形：(下略)</u></p> <p><u>10. 需停止治療情形：(下略)</u></p> <p>◎附表二十二之四：(略)</p> <p>◎附表二十二之五：(略)</p>	<p><u>8. 需排除使用情形：(下略)</u></p> <p><u>9. 需停止治療情形：(下略)</u></p> <p>◎附表二十二之四：(略)</p> <p>◎附表二十二之五：(略)</p>
<p><u>8.2.4.11. Guselkumab (如 Tremfya)</u> <u>(111/9/1)：用於掌蹠膿皰症治療部分</u></p> <p><u>1. 限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者，或皮膚科專科醫師處方。</u></p> <p><u>2. 給付條件：限用於經照光治療及其他全身性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他全身性治療之中、重度掌蹠膿皰症，且影響功能之患者。</u></p> <p><u>(1)中重度掌蹠膿皰症：</u> <u>PPPASI(Palmoplantar Pustulosis Area and Severity Index) ≥ 12。</u></p> <p><u>(2)所稱治療無效，指治療後嚴重度仍符合上列第(1)點情況。</u></p> <p><u>i. 治療必須包括以下三種全身性治療之至少兩種，包括 methotrexate、acitretin、cyclosporin。</u></p> <p><u>ii. 治療需至少使用 3 個月，但育齡女性，得不經 acitretin 使用。</u></p> <p><u>iii. 照光治療應依學理，如光化療法 (PUVA)及窄頻 UVB(nb-UVB)必須每</u></p>	<p><u>無</u></p>

週至少 2 次，寬頻 UVB 併用焦油每
週至少 3 次，並依學理逐漸增加至
有效可忍受劑量。申請時必須附病
歷影印及詳細照光劑量紀錄。

iv. Methotrexate 合理劑量需達每週
15mg, cyclosporin 合理劑量需達
2.5-5 mg/kg/d, acitretin 為 0.3-
1 mg/kg/d。但若因為藥物毒性無法
耐受，使用劑量可酌情降低。

(3)所稱無法接受治療：

i. Methotrexate：指因肝功能異常或
切片第三期 a 異常，經 6 個月後切
片仍無改善，或第三期 b 以上之肝
切片異常，病毒性肝炎帶原或腎功
能異常而無法使用 methotrexate 治
療者。

ii. Acitretin：指有明顯肝功能異
常、高血脂無法有效控制，或
cyclosporin 有效但停藥後迅速復
發，已持續使用超用 1 年，或已產
生腎毒性經減量後無法有效控制
者。

3. 需經事前審查核准後使用：

(1)初次申請時，以 6 個月為 1 個療
程，持續使用時每 6 個月需再申報
一次，且應於期滿前 1 個月提出。

(2)Guselkumab 起始於第 0 週投予 100
mg，接著於第 4 週投予 100mg，之
後每 8 週投予 100mg，且於 16 週
時，須先行評估，至少有 PPPASI

25 療效。不得同時併用其他生物製劑。

(3)初次申請後每 6 個月須再次申請續用，續用時，與初次治療前之療效達 PPPASI 50 方可使用。停藥超過 3 個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。

4. 使用生物製劑時，考慮其於掌蹠膿皰症療效可能較慢，及立即停藥之可能反彈現象，治療前兩個月得合併使用照光治療，但生物製劑療效出現時即應逐漸停用。

5. 需排除使用的情形應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括：

(1)懷孕或正在授乳的婦女。

(2)罹患活動性的感染症的病患。

(3)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）。

(4)身上帶有人工關節者，罹患或先前曾罹患過嚴重的敗血病(sepsis)者。

(5)惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)的病患。

(6)免疫功能不全者(immunodeficiency)。

6. 需停止治療情形，如果發生下列現象應停止治療：

(1)不良事件，包括：

i. 惡性腫瘤。

ii. 該藥物引起的嚴重性毒性。

iii. 懷孕（暫時停藥即可）。

iv. 嚴重的間發性感染症

（intercurrent infection）（暫時停藥即可）。

(2)療效不彰：患者經過6個月治療（初次療程）後未達療效者，療效定義指 PPPASI 改善未達 50%。

7. 暫緩續用之相關規定：

(1)暫緩續用時機：使用生物製劑治療2年後符合 PPPASI < 12 者。

(2)因使用一種生物製劑治療後療效不彰，而轉用另一種不同藥理機轉之生物製劑，以轉用後者之起始日重新計算2年後開始減量之時機。但因無法忍受副作用而轉用相同藥理機轉之生物製劑，轉用前後所使用生物製劑之期間均應計入。

8. 暫緩續用後若疾病再復發，可重新申請使用，須符合至少有 50%復發（需附上次療程治療前、後，及本次照片）。

◎附表二十四之○：全民健康保險掌蹠膿皰症使用生物製劑申請表

◎附表二十四之○：掌蹠膿皰症面積暨嚴重度指數【Palmoplantar Pustulosis Area Severity Index (PPPASI)】

備註：劃線部分為新修訂規定

附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用
ustekinumab/brodalumab/guselkumab 申請表(第一頁)

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)、secukinumab、ixekizumab 或 tofacitinib 未達療效

療效定義：治療12週後，評估乾癬關節炎反應標準〔附表二十二之三〕，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼痛關節或腫脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化。

- 疼痛關節的關節總數較原基礎值改善。
- 腫脹關節的關節總數較原基礎值改善。
- 醫師的整體評估較原基礎值改善。
- 病患的整體評估較原基礎值改善。
- 上述4種指標皆無惡化。

Etanercept	_____ mg/ week	Secukinumab	_____ mg/ four weeks
Adalimumab	_____ mg/ two weeks	Ixekizumab	_____ mg/ four weeks
Golimumab	_____ mg/ month	Tofacitinib	_____ mg/次 次/ day
Certolizumab	_____ mg/ _____ weeks		

(請檢附使用 etanercept、adalimumab、golimumab、certolizumab、secukinumab、ixekizumab 或 tofacitinib 或 12 週或以上之病歷影本)

符合腫瘤壞死因子(TNF)抑制、secukinumab、ixekizumab 或 tofacitinib 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：

Certolizumab _____ mg/ _____ weeks 引起之不良事件：

Secukinumab _____ mg/ four weeks 引起之不良事件：

Ixekizumab _____ mg/ four weeks 引起之不良事件：

Tofacitinib _____ mg/次 次/ day 引起之不良事件：

附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 ustekinumab/ brodalumab/guselkumab 申請表(第二頁)

<p><input type="checkbox"/> 符合繼續使用之療效評估：</p> <p>療效定義：初次申請後，Ustekinumab、brodalumab 及 <u>guselkumab</u> 於24週評估(Ixekizumab 12週評估)乾癬關節炎反應標準〔附表二十二之三〕，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼痛關節或腫脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化，方得繼續使用。繼續使用者，需每12週評估一次，再次提出申請續用。</p> <p><input type="checkbox"/> 疼痛關節的關節總數較原基礎值改善。</p> <p><input type="checkbox"/> 腫脹關節的關節總數較原基礎值改善。</p> <p><input type="checkbox"/> 醫師的整體評估較原基礎值改善。</p> <p><input type="checkbox"/> 病患的整體評估較原基礎值改善。</p> <p><input type="checkbox"/> 上述4種指標皆無惡化。</p> <p>註：改善之定義請參照給付規定</p>	
<p>無「需排除或停止 <u>ustekinumab</u>、<u>brodalumab</u>、<u>guselkumab</u> 使用之情形」</p>	
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>是否有藥名_____仿單記載之禁忌情形。</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>婦女是否正在懷孕或授乳。</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>病患是否罹患活動性感染之疾病或有 B 肝、C 肝活動性感染或結核病。</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，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。
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiple sclerosis)</p>
<p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>使用 ustekinumab/<u>guselkumab</u> 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)</p>

附表二十四之○：全民健康保險掌蹠膿皰症使用生物製劑申請表

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

符合照光治療及其他全身性治療無效，或因醫療因素而無法接受其他全身性治療之中、重度掌蹠膿皰症，且影響功能：(定義請參照給付規定)

- 符合照光治療無效 (檢附詳細3個月照光劑量記錄)。
- 符合其他全身性治療無效 (目前未達 PPPASI 申請標準者，需同時附治療前後資料)。

至少 2 種其他全身性治療用藥之使用時間、劑量及停用理由

	使用劑量	使用時間	停用理由
Acitretin	___mg/day	__年__月__日至 __年__月__日	
Methotrexate	___mg/week	__年__月__日至 __年__月__日	
Cyclosporin	___mg/day	__年__月__日至 __年__月__日	

患者體重: _____ kg

- 符合中、重度之掌蹠膿皰症 (檢附照片應包括掌、蹠照片)。
- 掌蹠膿皰症面積暨嚴重度指數 [Palmoplantar Pustulosis Area Severity Index (PPPASI)] \geq 12。

PPPASI = [(E+P+D) *area*0.2 (右手掌)] + [(E+P+D) *area*0.2 (左手掌)] + [(E+P+D)

*area*0.3 (右足底)] + [(E+P+D) *area*0.3 (左足底)] = _____

Score	Erythema (E)	Pustules (P)	Desquamation (D)	Area involved (%)
0	None	None	None	0
1	Slight	Slight	Slight	0-10
2	Moderate	Moderate	Moderate	10-30
3	Severe	Severe	Severe	30-50
4	Very severe	Very severe	Very severe	50-70
5	-	-	-	70-90
6	-	-	-	90-100

暫緩續用後疾病再復發之重新申請：

符合至少有 50%復發（需附上次療程治療前、後，及本次照片）。

符合繼續使用之療效評估：

初次療程

1. 於初次療程之第16週評估時，至少有 PPPASI25療效。
2. 於初次療程，經過6個月治療後，PPPASI 改善達50%。
3. 原先使用 cyclosporin 控制有效且腎功能異常（Creatinine 基礎值上升 \geq 30%）者，於6個月療程（初次療程）結束後，因回復使用 cyclosporin 產生腎功能異常，或其他無法有效控制之副作用，經減藥後仍無法有效控制掌蹠膿皰症。（不符合者下次申請應於1年後）

重複療程

4. 再次申請時，符合下列條件之一：
 - i. 與初次治療前之療效達 PPPASI50；
 - ii. 暫緩續用後至少有50%復發（需附上次療程治療前、後及本次照片）。
5. 上次治療至今病歷影本（至多附6個月），以及申請日期之臨床照片。

上次申請之生物製劑使用時間及使用劑量：

使用生物製劑	使用劑量	使用時間	PPPASI 治療前後數值
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	
	___mg/___週	___年___月___日至 ___年___月___日	

無「需排除或停止使用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有生物製劑仿單記載之禁忌情形。
<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	病患是否罹患活動性感染之疾病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否具有高度感染機會之情形，包括下列： 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，不可使用生物製劑〉 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
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PPPASI 下降程度未達 50%
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用生物製劑期間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)
無「需暫緩續用之情形」		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用生物製劑治療 2 年後符合 PPPASI<12 (生物製劑使用/轉用時間計算方式之定義請參照給付規定)

申請醫師 (簽名蓋章):

醫事機構章戳:

專科醫師證書: 專字第

號

附表二十四之五：掌蹠膿皰症面積暨嚴重度指數【Palmoplantar Pustulosis Area Severity Index (PPPASI)】

1. 掌蹠膿皰症面積 (Area)

涵蓋程度	0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	90-100%
皮膚部位 分數	0	1	2	3	4	5	6

部位：右手掌(RP)、左手掌(LP)、右足底(RS)、左足底(LS)

2. 掌蹠膿皰症嚴重度 (Severity)：

嚴重度	None	Slight	Moderate	Severe	Very Severe
分數	0	1	2	3	4
發紅 (E)	None	Slight pink	Pink	Red	Dark red/purpura
膿皰/小水皰 (P)	None	Slight	Moderate	Severe	Very Severe
脫屑狀況 (D)	None	Fine scale	Coarse scales with most lesions partially covered by scale	Coarse scales with almost all lesions covered by a rough surface	Very coarse thick scales covering all lesions, very rough surface

2. 掌蹠膿皰症面積暨嚴重度指數(PPPASI)評分表：

$$PPPASI = 0.2 * (E_{RP} + P_{RP} + D_{RP}) * A_{RP} + 0.2 * (E_{LP} + P_{LP} + D_{LP}) * A_{LP} + 0.3 * (E_{RS} + P_{RS} + D_{RS}) * A_{RS} + 0.3 * (E_{LS} + P_{LS} + D_{LS}) * A_{LS} = \underline{\hspace{2cm}}$$

身體部位	Erythema 發紅 (0-4)	Pustules 膿皰/小水皰 (0-4)	Desquamation 脫屑狀況(0-4)	Region involved 面積分數 (0-6)	Multiplier 乘數	身體部位分數
Right palm 右手掌	(+)	(+)	()	×	× 0.2	
Left palm 左手掌	(+)	(+)	()	×	× 0.2	
Right sole 右足底	(+)	(+)	()	×	× 0.3	
Left sole 左足底	(+)	(+)	()	×	× 0.3	
PPPASI 總分由四項身體部位分數加總						(0-72)