

13.17. Dupilumab (如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib (如 Cibinqo) : (108/12/1、109/8/1、111/8/1、112/4/1、112/6/1、112/8/1、113/2/1)

13.17.1. Dupilumab (如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib (如 Cibinqo) (113/2/1) (12歲以上病人治療部分)

1. 處方科別如下 : (111/8/1)

(1) 18歲以上患者 : 限皮膚科及風濕免疫科專科醫師處方。

(2) 12歲以上至未滿18歲患者 : 限皮膚科專科醫師，或具兒童過敏免疫風濕專長之兒科專科醫師處方。

2. 限用於經照光治療及其他系統性(全身性)治療無效(治療需6個月的完整療程，得合併它院就診病歷)，或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療之全身慢性重度之異位性皮膚炎患者。(111/8/1)

(1) 所稱慢性中重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少6個月，且 Eczema area severity index (EASI)  $\geq 16$  且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需  $\geq 30\%$  且 Investigator's Global Assessment (IGA): 3~4。  
(111/8/1)

註 : Eczema area severity index (EASI) 之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

(2) 所稱治療無效，指經完整療程後，3個月內連續兩次評估，嚴重度均符合上列第(1)點情況，且兩次評估之間相隔至少4週。。

I. 治療必須包括足量之照光治療及包括以下三種系統性(全身性)治療之至少二種，包括 methotrexate、azathioprine、cyclosporin。

II. 照光治療應依學理，如光化療法(PUVA)及窄頻 UVB(nb-UVB)必須每週至少2次，療程達12週。申請時必須附病歷影印及詳細照光劑量紀錄。

III. 前開免疫抑制劑之劑量：

i. 18歲以上患者 : Methotrexate 合理劑量需達每週15mg、azathioprine 為2mg/kg/d、cyclosporin 為5mg/kg/d，足量治療至少各分別使用12週無效或是有客觀證據產生不良反應(如相隔至少4週，兩次肝功能 AST/ALT  $> 2.5$  UNL，白血球低於4000/ $\mu$ L，高血壓或腎功能異常，或是至少兩次經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症後，且不應同時合併使用兩種或以上傳統用藥。

ii. 12歲以上至未滿18歲患者 : Methotrexate 合理劑量需達每週

10mg、azathioprine 為1.0mg/kg/d、cyclosporin 為2.5mg/kg/d，足量治療至少各分別使用12週治療無效或是有客觀證據產生不良反應(如肝功能AST/ALT >2.5 UNL，白血球低於4000/ $\mu$ L，高血壓或腎功能異常，或是經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症後，且不應同時合併使用兩種或以上傳統用藥。

iii. 若臨床上發生無法耐受或特殊體質者(例如 NUDT15或 TPMT 代謝不良基因變異型、肝腎功能不佳、或曾因服用上述藥物發生嚴重感染)，得降低前述系統性治療藥物之合理劑量(病歷中須詳述說明及紀載)。

(3)所稱醫療因素，係指如光過敏(經 photo patch test)、白化症(Albinism)及多形性日光疹(PMLE)，或光照會使原有疾病惡化者(如紅斑性狼瘡(LE)、皮肌炎(DM)、著色性乾皮症(XP)、紫質症(PCT)及基底細胞母斑症候群(NBCCS))，或經皮膚科醫師確診之光敏感性疾病〔慢性光激性皮炎(chronic actinic dermatitis)、日光性蕁麻疹(solar urticaria)〕、皮膚癌(skin cancer)或有皮膚癌家族史。

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。經評估需續用者，每6個月需再次提出事前審查申請續用評估，且應於期滿前1個月提出，並於申請時檢附照片。

(2)初次申請經核准，於治療滿6個月後，經評估需續用者，申請續用時，需檢附照片證明初次申請治療6個月後，與初次治療前之療效達 EASI 50方可申請使用。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。

(3)使用劑量：(112/4/1、112/6/1、112/8/1)

I. dupilumab：

i. 18歲以上:起始劑量600mg (限300mg 注射2劑)，接著以300mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50療效方可使用。

ii. 12歲以上至未滿18歲：

(i) 體重15公斤以上至未滿30公斤：起始劑量600mg (限300mg 注射兩劑)，接著以300mg 隔4週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50療效方可使用。

(ii) 體重30公斤以上至未滿60公斤：起始劑量400mg (限200mg 注射兩劑)，接著以200mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，

至少有 EASI 50療效方可使用。

(iii)體重60公斤以上：起始劑量600mg（限300mg 注射兩劑），接著以300mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50療效方可使用。

II.upadacitinib：每日1次15mg 或30mg。(112/4/1)

i.EASI 16~20者：限每日使用15mg。

ii.18歲以上，且 EASI 20以上者：每日得使用30mg。

III.abrocitinib：(112/6/1)

i.限使用於18歲以上，每日1次100mg 或200mg。

ii.於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50療效方可使用。

(4)若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。

(5)使用 abrocitinib 時，宜紀錄患者 HBsAg、B 型肝炎核心抗體（anti-HBc Ab）及 anti-HCV 資料（若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA）。(112/6/1)

4. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括：

(1)懷孕或正在授乳的婦女。

(2)寄生蟲（蠕蟲）感染。

(3)活動性嚴重全身性感染(使用 abrocitinib 者)。(112/6/1)

5. 需停止治療應參照藥物仿單之禁忌情形，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.懷孕與授乳期間。

III.寄生蟲（蠕蟲）感染。

IV.使用 abrocitinib 者發生嚴重的間發性感染症(帶狀皰疹)(暫時停藥即可)。(112/6/1)

(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 EASI 改善未達50%。

6. 暫緩續用之相關規定：

(1)暫緩續用時機：使用生物製劑治療1年後符合  $EASI \leq 16$  者。(111/8/1)

(2)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%復發或  $EASI \geq 16$ （需附上次療程治療前、後，及本次照片）。(111/8/1)

7. Dupilumab、upadacitinib 及 abrocitinib 不得併用；upadacitinib 及 abrocitinib 不得併用 cyclosporin。

◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】(108/12/1)

◎附表三十二之一：全民健康保險異位性皮膚炎使用生物製劑申請表 (109/8/1、111/8/1)

13.17.2. Dupilumab (如 Dupixent)：(113/2/1) (6歲以上未滿12歲兒童治療部分)

1. 限皮膚科專科醫師，或具兒童過敏免疫風濕專長之兒科專科醫師處方。
2. 限用於經外用藥物及一種全身性免疫抑制劑治療無效(需治療3個月完整療程，得合併他院就診病歷)，且適合以全身性療法治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。

(1)所稱慢性中重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少6個月，且符合 Eczema area severity index (EASI)  $\geq 16$ 及 Investigator's Global Assessment (IGA) $\geq 3$ 。

註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

(2)所稱治療無效，指經完整療程後，3個月內連續兩次評估，嚴重度均符合上列第(1)點情況，且兩次評估之間相隔至少4週。

I. 治療必須包括中效強度 (medium potency)或中效強度以上之外用類固醇(topical corticosteroid)，及外用鈣調磷酸酶抑制劑(topical calcineurin inhibitor)，規律使用達12週。

II. 治療必須包括以下三種系統性(全身性)治療至少一種，包括 methotrexate、azathioprine、cyclosporin，且可與前開外用藥物合併使用。

III. 若臨床上使用上述外用藥物發生皮膚萎縮或感染，得停止使用外用藥物，惟須於病歷中詳述說明。

IV. 前開免疫抑制劑之劑量：Methotrexate 合理劑量需達每週10mg、azathioprine 為1.0mg/kg/d、cyclosporin 為2.5mg/kg/d，足量治療至少使用12週無效或是有客觀證據產生不良反應(如肝功能異常、白血球低下、高血壓或腎功能異常，或是經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有

禁忌症。

V. 若臨床上發生無法耐受或特殊體質者(例如 NUDT15 或 TPMT 代謝不良基因變異型、肝腎功能不佳、或曾因服用上述藥物發生嚴重感染)，得降低前述系統性治療藥物之合理劑量(病歷中須詳述說明及記載)。

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。經評估需續用者，每6個月需再次提出事前審查申請續用評估，且應於期滿前1個月提出，並於申請時檢附照片。

(2) 初次申請經核准，於治療滿6個月後，經評估需續用者，申請續用時，需檢附照片證明初次申請治療6個月後，與初次治療前之療效達 EASI 50 方可申請使用。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。

(3) 使用劑量：

I. 體重15公斤以上至未滿30公斤：起始劑量600mg（限300mg 注射兩劑），接著以300mg 隔4週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。

II. 體重30公斤以上至未滿60公斤：起始劑量400mg（限200mg 注射兩劑），接著以200mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。

III. 體重60公斤以上：起始劑量600mg（限300mg 注射兩劑），接著以300mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。

(4) 若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。

4. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括：寄生蟲（蠕蟲）感染。

5. 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. 寄生蟲（蠕蟲）感染。

(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 EASI 改善未達50%。

6. 暫緩續用之相關規定：

(1)暫緩續用時機：使用生物製劑治療1年後符合  $EASI \leq 16$  者。

(2)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%復發或  $EASI \geq 16$ （需附上次療程治療前、後，及本次照片）。

◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】（108/12/1、113/2/1）

◎附表三十二之一：全民健康保險異位性皮膚炎使用生物製劑申請表（109/8/1、111/8/1、113/2/1）

◎附表三十二之二：全民健康保險6歲以上未滿12歲病人異位性皮膚炎使用生物製劑申請表(113/2/1)

附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】

異位性皮膚炎面積 (Area)：合併總面積佔體表%\_\_\_\_\_

涵蓋程度	0%	1-9%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	90-100%
面積分數	0	1	2	3	4	5	6

部位：頭部(h)、軀幹(t)、上肢(u)、下肢(l)

異位性皮膚炎嚴重度 (Severity)：

嚴重度	None 無	Mild 輕度	Moderate 中度	Severe 重度
分數	0	1	2	3

異位性皮膚炎面積暨嚴重程度指數(EASI)評分表：

8歲以上病人：

身體部位	Redness / Erythema 發紅 (0-3)	Edema / Papulation 浮腫/丘疹 (0-3)	Scratching / Excoriation 抓痕 (0-3)	Lichenification 苔癬化 (0-3)	Region score 面積分數 (0-6)	Multiplier 乘數	身體部位分數
Head/neck 頭/頸	( + )	( + )	( + )	( )	×	× 0.1	
Trunk 軀幹	( + )	( + )	( + )	( )	×	× 0.3	
Upper limbs 上肢	( + )	( + )	( + )	( )	×	× 0.2	
Lower limbs 下肢	( + )	( + )	( + )	( )	×	× 0.4	
EASI 總分由四項身體部位分數加總							(0-72)

$$\text{EASI} = 0.1 (\text{Red} + \text{Edema} + \text{Scratch} + \text{Lichenification}) \times (\text{頭部}\%) + 0.3 (\text{Red} + \text{Edema} + \text{Scratch} + \text{Lichenification}) \times (\text{軀幹}\%) + 0.2 (\text{Red} + \text{Edema} + \text{Scratch} + \text{Lichenification}) \times (\text{上肢}\%) + 0.4 (\text{Red} + \text{Edema} + \text{Scratch} + \text{Lichenification}) \times (\text{下肢}\%)$$

未滿8歲病人：

身體部位	Redness / Erythema 發紅 (0-3)	Edema/Papulation 浮腫/丘疹 (0-3)	Scratching/Excoriation 抓痕 (0-3)	Lichenification 苔癬化 (0-3)	Region score 面積分數 (0-6)	Multiplier 乘數	身體部位分數
Head/neck 頭/頸	(      +	+	+	)	×	× 0.2	
Trunk 軀幹	(      +	+	+	)	×	× 0.3	
Upper limbs 上肢	(      +	+	+	)	×	× 0.2	
Lower limbs 下肢	(      +	+	+	)	×	× 0.3	
EASI 總分由四項身體部位分數加總							(0-72)

$$\text{EASI} = 0.2 (\text{Red} + \text{Edema} + \text{Scratch} + \text{Lichenification}) \times (\text{頭部}\%) + 0.3 (\text{Red} + \text{Edema} + \text{Scratch} + \text{Lichenification}) \times (\text{軀幹}\%) + 0.2 (\text{Red} + \text{Edema} + \text{Scratch} + \text{Lichenification}) \times (\text{上肢}\%) + 0.3 (\text{Red} + \text{Edema} + \text{Scratch} + \text{Lichenification}) \times (\text{下肢}\%)$$

附註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。



附表三十二之一：全民健康保險12歲以上病人異位性皮膚炎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系統性(全身性)治療無效(治療需6個月完整療程)，或因醫療因素而無法接受其他系統性(全身性)治療之全身慢性、重度異位性皮膚炎：(定義請參照給付規定)
- ☐ 符合 Eczema area severity index (EASI)  $\geq 16$  且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需  $\geq 30\%$ ，且「Investigator's Global Assessment (IGA):3~4」之全身慢性異位性皮膚炎。(檢附至少6個月病歷影本與相關照片，得合併他院就診病歷)
- ☐ 符合照光治療無效 (檢附詳細3個月照光劑量記錄)。
  - ☐ 符合其他系統性(全身性)治療無效 (目前未達 EASI 申請標準者，需同時附治療前後資料)。

至少2種其他系統性(全身性)用藥之使用時間、劑量及停用或減量理由(患者目前體重: kg)

	使用劑量	使用時間	停用或減量理由
Azathioprine (體重: ____ kg)	____mg/day	____年____月____日 至 ____年____月____日	
Methotrexate	____mg/week	____年____月____日 至 ____年____月____日	
Cyclosporin (體重: ____ kg)	____mg/day	____年____月____日 至 ____年____月____日	

- ☐ 患者不曾核准使用治療乾癬之生物製劑，或曾有乾癬但症狀消失已達至少兩年，或申請前已切片排除乾癬診斷，並經皮膚科專科醫師確立目前為異位性皮膚炎診斷。
- ☐ 因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療。請詳述原因：

3. ☐ 符合全身慢性重度之異位性皮膚炎 (檢附至少6個月病歷影本，治療已

滿3個月，未滿6個月，得合併它院就診病歷)。

4. ☐ 異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數 [Eczema Area Severity Index]  $\geq 16$ 。

$$\begin{aligned} \text{第一次 EASI} = & 0.1 * (\text{ } + \text{ } + \text{ } + \text{ }) * \text{ } + \\ & 0.3 * (\text{ } + \text{ } + \text{ } + \text{ }) * \text{ } + \\ & 0.2 * (\text{ } + \text{ } + \text{ } + \text{ }) * \text{ } + \\ & 0.4 * (\text{ } + \text{ } + \text{ } + \text{ }) * \text{ } \\ = & \text{ } \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{第二次 EASI} = & 0.1 * (\text{ } + \text{ } + \text{ } + \text{ }) * \text{ } + \\ & 0.3 * (\text{ } + \text{ } + \text{ } + \text{ }) * \text{ } + \\ & 0.2 * (\text{ } + \text{ } + \text{ } + \text{ }) * \text{ } + \\ & 0.4 * (\text{ } + \text{ } + \text{ } + \text{ }) * \text{ } \\ = & \text{ } \end{aligned}$$

註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

5. ☐ 異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需  $\geq 30\%$

6. ☐ Investigator' s Global Assessment (IGA): 3~4。

- ☐ 暫緩續用後疾病再復發之重新申請：(需附上次療程治療前、後，及本次照片)

- ☐ 符合至少有 EASI  $\geq 50\%$  復發或 EASI  $\geq 16$ 。

☐符合繼續使用之療效評估：

**初次療程**

☐於初次療程之第16週先行評估時，至少有 EASI 50療效，方可使用。

**重複療程**

1. ☐再次申請時，符合下列條件之一：

i. ☐與初次治療前之療效達 EASI 50；

ii. ☐暫緩續用後至少有50%復發或 EASI  $\geq 16$ （需附上次療程治療前、後及本次照片）。

2. ☐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 dupilumab 使用時間及使用劑量：

使用生物製劑	使用劑量	使用時間	EASI 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	

☐符合「需排除或停止使用之情形」

☐是  
☐否

病患是否罹患惡性腫瘤或為癌前狀態。

☐是  
☐否

婦女是否正在懷孕或授乳。

☐是  
☐否

病患是否罹患寄生蟲（蠕蟲）感染。

☐符合「需暫緩續用之情形」

☐是  
☐否

1. 使用生物製劑治療滿1年後，符合 EASI < 16  
2. 使用生物製劑治療和初次治療前相比 EASI 改善未達 50%

申請醫師（簽名蓋章）：

醫事機構章戳：

專科醫師證書： 專字第

號

附表三十二之二：全民健康保險6歲以上未滿12歲兒童

異位性皮膚炎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

- ☐ 符合外用藥物及一種全身性免疫抑制劑治療無效(治療需3個月的完整療程)之全身慢性中重度之異位性皮膚炎：(定義請參照給付規定)
- ☐ 符合 Eczema area severity index (EASI)  $\geq 16$  且「Investigator's Global Assessment (IGA)  $\geq 3$ 」之全身慢性異位性皮膚炎。(檢附至少3個月病歷影本與相關照片，得合併他院就診病歷)

外用藥物及全身性免疫抑制劑之名稱、使用期間、劑量及停用或減量理由(病人目前體重：\_\_\_ kg)

	藥品名稱	使用劑量	使用期間	停用或減量理由
Topical corticosteroid		-	___年___月___日至 ___年___月___日	
Topical calcineurin inhibitor		-	___年___月___日至 ___年___月___日	
全身性免疫抑制劑			___年___月___日至 ___年___月___日	

- ☐ 患者不曾核准使用治療乾癬之生物製劑，或曾有乾癬但症狀消失已達至少兩年，或申請前已切片排除乾癬診斷，並經皮膚科專科醫師確立目前為異位性皮膚炎診斷。

- ☐ 符合全身慢性中重度之異位性皮膚炎(檢附至少3個月病歷影本，得合併它院就診病歷)。
- ☐ 異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數[Eczema Area Severity Index]  $\geq 16$ 。

8歲以上兒童：

第一次 EASI =  $0.1 * ( \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_ ) * \_\_\_ +$

$$\begin{aligned}
& 0.3 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.2 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.4 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad \\
& = \quad
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{第二次 EASI} &= 0.1 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.3 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.2 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.4 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad \\
& = \quad
\end{aligned}$$

未滿8歲兒童：

$$\begin{aligned}
\text{第一次 EASI} &= 0.2 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.3 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.2 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.3 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad \\
& = \quad
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{第二次 EASI} &= 0.2 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.3 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.2 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad + \\
& 0.3 * ( \quad + \quad + \quad + \quad ) * \quad \\
& = \quad
\end{aligned}$$

註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

3. ☐ Investigator' s Global Assessment (IGA)  $\geq 3$ 。

☐ 暫緩續用後疾病再復發之重新申請：(需附上次療程治療前、後，及本次照片)

☐ 符合至少有 EASI  $\geq 50\%$ 復發或 EASI  $\geq 16$ 。

☐ 符合繼續使用之療效評估：

**初次療程**

☐ 於初次療程之第16週先行評估時，至少有 EASI 50療效，方可使用。

**重複療程**

1. ☐ 再次申請時，符合下列條件之一：

i. ☐ 與初次治療前之療效達 EASI 50；

ii. ☐ 暫緩續用後至少有50%復發或 EASI  $\geq 16$ （需附上次療程治療前、後及本次照片）。

2. ☐ 上次治療至今病歷影本（至多附3個月），以及申請日期之臨床照片。

上次申請之生物製劑 dupilumab 使用時間及使用劑量：

使用生物製劑	使用劑量	使用時間	EASI 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	

☐ 符合「需排除或停止使用之情形」

☐ 是  
☐ 否

病患是否罹患惡性腫瘤或為癌前狀態。

☐ 是  
☐ 否

病患是否罹患寄生蟲（蠕蟲）感染。

☐ 符合「需暫緩續用之情形」

☐ 是  
☐ 否

1. 使用生物製劑治療滿1年後，符合 EASI < 16  
2. 使用生物製劑治療和初次治療前相比 EASI 改善未達 50%

申請醫師（簽名蓋章）：

醫事機構章戳：

專科醫師證書： 專字第

號