

13.17. Dupilumab (如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib (如 Cibinvo) : (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 Cibinvo) (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) ≥ 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 $AST/ALT > 2.5 \text{ UNL}$ ，白血球低於 $4000/\mu\text{L}$ ，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/ μ 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) ≥ 16 及 Investigator's Global Assessment (IGA) ≥ 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
嚴重度	None 無	Mild 輕度	Moderate 中度	Severe 重度			
分數	0	1	2	3			

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	身體部分數
Head/neck 頭/頸	(+)	(+)	(+)	()	()	()	()
Trunk 軀幹	(+)	(+)	(+)	()	()	()	()
Upper limbs 上肢	(+)	(+)	(+)	()	()	()	()
Lower limbs 下肢	(+)	(+)	(+)	()	()	()	()
EASI 總分由四項身體部位分數加總 (0-72)							

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

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) ≥ 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)
1. 符合照光治療無效 (檢附詳細3個月照光劑量記錄)。
 2. 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〕
 ≥ 16 。

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

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

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。

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 ≥ 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) ≥ 16 且 「Investigator's Global Assessment (IGA) ≥ 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〕 ≥ 16 。

8歲以上兒童：

$$\text{第一次 EASI} = 0.1 * (\underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad}) * \underline{\quad} + \underline{\quad}$$

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

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

未滿8歲兒童：

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

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

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) ≥ 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 ≥ 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