

8.2.19. Danicopan (如 Voydeya) : (115/3/1)

1. 限與 eculizumab 或 ravulizumab 併用於經衛生福利部國民健康署認定之陣發性夜間血紅素尿症病人，並經特殊專案審查核准後使用，且符合下列條件：

- (1) 年齡 18 歲以上。
- (2) 經 C5 補體抑制劑(如 eculizumab 或 ravulizumab)治療後，仍出現血管外溶血 (clinically significant extravascular hemolysis)。
- (3) 使用 C5 抑制劑下血紅素仍小於或等於 9.5g/dL。
- (4) 絕對網狀紅血球計數大於或等於 $120 \times 10^9/L$ ，或網狀紅血球比例大於或等於 3%。

2. 排除有高危險之骨髓化生不良症候群 (RAEB-1 或 RAEB-2)。

3. 每 6 個月須經特殊專案審查重新評估治療結果。若符合下列條件之一，則不予同意使用。

- (1) 接受治療的患者用藥後病情沒有改善者 (LDH 超過正常值上限的 1.5 倍或最近 3 個月內輸血多於 2 個單位)
- (2) PNH granulocyte clone size $\leq 50\%$ 。
- (3) 發生嚴重再生不良性貧血者，其檢查結果符合下列兩項或兩項以上者：
 - i. 中性白血球數目 (neutrophil count) $< 0.5 \times 10^9/L$ 。
 - ii. 血小板數目 (platelet count) $< 20 \times 10^9/L$ 。
 - iii. 網狀細胞 (reticulocytes) $< 25 \times 10^9/L$ 。
 - iv. 骨髓內造血細胞密度 $< 30\%$ 。

◎附表三十之三：全民健康保險使用陣發性夜間血紅素尿症第二線治療藥品 danicopan+eculizumab/ravulizumab 特殊專案審查申請表

◎附表三十之四：陣發性夜間血紅素尿症患者第二線治療藥品特殊專案審查申請

Voydeya(Danicopan)+Soliris(eculizumab)/Ultomiris(ravulizumab)用藥檢附資料查檢表

附表三十之三全民健康保險使用陣發性夜間血紅素尿症第二線治療藥品 danicopan+eculizumab/ravulizumab 特殊專案審查申請表

申請類別：		<input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動			受理日期：		受理編號：		緊急傳真日期：				
醫療機構	名稱	保險對象	姓名	出生	原受理編號 (申復時填用)		預定實施日期						
	代號		身分證 統一編號	科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病歷 號碼	申請醫師 身分證號						
ICD-10 代碼		疾病名稱		使用日期		年月日至年月日							
藥品代碼	申請類別	給付規定			用法 用量	申請 數量	保險人核定欄						
Voydeya + Soliris <input type="checkbox"/> VC00098100/ VC00097100 + YC00016243 Voydeya + Ultomiris <input type="checkbox"/> VC00098100/ VC00097100 + YC00045216/ YC000452C3		<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請續用							<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合給付規定之適應症。 <input type="checkbox"/> 未有佐證資料，排除其他原因引起之貧血。 <input type="checkbox"/> 治療計畫未註明莢膜細菌相關疫苗之施打計畫。 <input type="checkbox"/> 未附治療計畫(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或生化檢驗數據) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 <input type="checkbox"/> 其他：				
醫事服務機構	醫院申請日期：年月日	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，併附 3 份相關之病歷及佐證資料，不必備文，請逕向保險人臺北業務組申請審核。 2. 本案藥品續用之申請，請於前次准用期限一個月前，向保險人臺北業務組申請審核，以免斷藥。 3. 使用本項藥品前必須施打流行性腦脊髓膜炎疫苗，申請使用之治療計畫書必須含流行性腦脊髓膜炎疫苗施打計畫，申請續用時，請檢附最近一次流行性腦脊髓膜炎疫苗施打之資料供參。 4. 原受理編號「申復時填寫，初次送核不須填寫。 5. 本案藥品之審查歸屬專家小組特殊專案審查，不適用本標準第 64 條及第 65 條之規定。 6. 應專案審查之項目，未依規定專案審查申請核准者，不予給付費用；專案審查申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 7. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。 8. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議會申請審議。 9. 對核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。								保險人日期章戳			
	印信	文號：	承辦人	複核	科長	決行							

附表三十之四陣發性夜間血紅素尿症患者第二線治療藥品特殊專案審查申請
 Voydeya(Danicopan)+Soliris(eculizumab)/Ultomiris(ravulizumab)用藥檢附資料查檢表
 115年3月1日修訂

新個案初次申請		
給付規定	送審應檢附資料	資料確認
一、限用於經衛生福利部國民健康署認定之陣發性夜間血紅素尿症病人，且曾經接受一種 C5補體抑制劑治療：	診斷依據(必備)：	
	(1)病史摘要說明。	
	(2)年齡18歲以上。	
	(3)若為申請使用 Voydeya (danicopan)，則須同時申請 ravulizumab 或 eculizumab。 若 Voydeya 獲同意使用則 ravulizumab 或 eculizumab 也可同時使用。	
	(4)治療計畫，必須包含莢膜細菌（腦膜炎雙球菌、肺炎鏈球菌和 B 型流感嗜血桿菌）之疫苗施打計畫。	
	(5)曾經接受 C5補體抑制劑治療之紀錄。 若為申請使用 Voydeya (danicopan)，則須檢附使用 ravulizumab 或 eculizumab 的使用紀錄。	
	(6)近三個月內之 CBC、WBC 分類及 reticulocyte 至少兩次。 在使用 C5 抑制劑下，血紅素需仍小於或等於 9.5g/dL，並排除其他可能造成貧血的原因。 同時需有絕對網狀紅血球計數大於或等於 $120 \times 10^9/L$ ，或是網狀紅血球比例大於或等於 3%。	
	(7)近三個月內有關溶血性貧血活性之評估檢驗報告。 需排除血管內溶血持續存在之情形。	
	(8)六個月內之骨髓檢查報告。	
(9)六個月內之流式細胞儀的診斷報告，須包含細胞圈選(gating)圖及細胞表面抗原-抗體作用強度圖(即 histogram 或 dotplots 圖)：須符合經兩種以上抗體確認PNH之 granulocyte clone size 均大於50%		
二、排除有高危險之骨髓化生不良症候群(RAEB-1或RAEB-2)的病患。	六個月內骨髓檢查報告(新申請案必備)	
三、需經特殊專案審查核准後使用，每次申請期限為6個月。		
續用申請		

給付規定	送審應檢附資料	資料確認
<p>一、每6個月須重新評估治療結果。</p> <p>二、若符合下列條件之一，則不予同意使用。</p> <p>(一)接受治療的患者用藥後病情沒有改善者(LDH超過正常值上限的1.5倍或最近3個月內輸血多於2個單位)。</p> <p>(二)PNH granulocyte clone size $\leq 50\%$。</p> <p>(三)發生嚴重再生不良性貧血，其檢查結果符合下列兩項或兩項以上者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中性白血球數目 (neutrophil count) $< 0.5 \times 10^9/L$。 2. 血小板數目 (platelet count) $< 20 \times 10^9/L$。 3. 網狀細胞 (reticulocytes) $< 25 \times 10^9/L$。 4. 骨髓內造血細胞密度 $< 30\%$。 	必備：	
	(1)病史摘要說明及治療後療效評估說明。	
	(2)若為申請續使用 Voydeya (danicopan)，則須同時申請 ravulizumab 或 eculizumab。若 Voydeya 獲同意使用則 ravulizumab 或 eculizumab 也可同時使用。	
	(3)治療計畫書，須說明申請續治療期間仍在過往施打莢膜細菌(腦膜炎雙球菌、肺炎鏈球菌和 B 型流感嗜血桿菌)之疫苗有效期間，或是有再次施打之計畫。	
	(4)近三個月內之 CBC、WBC 分類、LDH 及 reticulocyte 至少兩次。	
	(5)近三個月內之溶血性貧血活性評估，必須包含 LDH。若 LDH 仍超過正常值上限的1.5倍且排除因其他疾病因素所致之 LDH 上升(如感染等)，則不再核准，但病人呈現 Coomb' stest 為陽性(須檢附 Coomb' stest 陽性之檢驗報告)且輸血量及頻率未超過用藥前者除外。	
	(6)第一次送審時所附之 CBC 及 WBC 分類	
	(7)六個月內之流式細胞儀的診斷報告及細胞圈選(gating)圖：仍須符合經兩種以上抗體確認 PNH 之 granulocyte clone size 均大於50%	
	其他應備項目：	
若再次申請之 CBC、WBC 分類及 reticulocyte 和第一次送審之報告有除血紅素上升外之明顯惡化，建議再次申請時加附六個月內之骨髓檢查報告。		