

附表七之一 全民健康保險使用抗癌藥品 Trastuzumab 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)	預定日期	實施日期		
代號	身分證號	科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	病號	醫師身分證號		
ICD-9 代碼	疾病名稱	使用日期	年 月 日至 年 月 日				
藥品代碼	成分類別	給付規定	申請數量	健保局核定欄			
	<input type="checkbox"/> Trastuzumab (如 Herceptin)	<input type="checkbox"/> 早期乳癌 經外科手術、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，具 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)，且腋下淋巴結轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。使用至多以一年為限，一年申請量以 13 小瓶為限(每小瓶 440mg)。 <input type="checkbox"/> 轉移性乳癌 單獨使用於治療腫瘤細胞上有 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。 <input type="checkbox"/> 與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)者。 <input type="checkbox"/> 轉移性乳癌且 HER2 過度表現之病人，僅限先前未使用過本藥品者方可使用。		<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"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症 _____ <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(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(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____			
1. 申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各地方分局申請審核。 2. 原審核對對象結果如有異議，應於收到複核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「復核」字樣)向原核定單位申請複核。 3. 原審核對對象結果如有異議，應於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 4. 原審核對對象結果如有異議，應於收到複核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「復核」字樣)向原核定單位申請複核。 5. 原審核對對象結果如有異議，應於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。 6. 原審核對對象結果如有異議，應於收到複核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「復核」字樣)向原核定單位申請複核。 7. 原審核對對象結果如有異議，應於收到複核通知之日起六十日內向全民健保爭議審議委員會申請審議。		中央健康保險局 日期章戳 審 查 醫 師 決 行					
醫事服務機構	醫院	申請日期： 年 月 日	文號：	承辦人	複核	科課長	