

「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
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 1. ~2. (略) 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	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: 1. ~2. (略) 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

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、<u>111/9/1</u>) 4. 使用劑量： (1)~(4)(略) <u>(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)</u> 5. 療效評估與繼續使用：(105/10/1、<u>111/9/1</u>) (1)療效定義：治療 12 週 (ustekinumab 及 <u>guselkumab</u> 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
---	--

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) i. ~ iv.(略) (2)Ustekinumab：(略) (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) (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) 6. 需排除使用的情形(略) 7. 需停止治療情形(略) ◎附表二十二之一：(略) ◎附表二十二之二：(略) ◎附表二十二之三：(略) ◎<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>	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) i. ~ iv.(略) (2)Ustekinumab：(略) (3)繼續使用者，需每12週評估一次，再次提出申請續用。 6. 需排除使用的情形(略) 7. 需停止治療情形(略) ◎附表二十二之一：(略) ◎附表二十二之二：(略) ◎附表二十二之三：(略) ◎附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 <u>Ustekinumab/Brodalumab</u> 申請表(109/3/1、111/3/1、111/5/1)
8.2.4.5. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept(如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi) ;	8.2.4.5. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept(如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi) ;

secukinumab(如 Cosentyx) ； ixekizumab (如 Taltz)； tofacitinib (如 Xeljanz)； certolizumab (如 Cimzia)； <u>guselkumab(如 Tremfya)</u> (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、 <u>111/9/1</u>)：用於活動性乾癬性關節 炎－乾癬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 <u>guselkumab</u> 作為第 二線治療：(107/1/1、109/3/1、 109/6/1、<u>111/9/1</u>) (1)~(6)(略) 4. ~6. (略) <u>7. Guselkumab 之起始劑量為第 0 週及</u> <u>第 4 週投予 100mg，之後每 8 週給</u> <u>予維持劑量 100mg。(111/9/1)</u> <u>8. 療效評估與繼續使用：</u> (1)初次使用者治療 12 週評估 BASDAI，<u>惟 guselkumab 初次治療</u> <u>24 週評估 BASDAI</u>：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。<u>(111/9/1)</u> (2)繼續使用者，需每 12 週評估一 次，再次提出申請續用；<u>惟</u>	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 於活動性乾癬性關節炎－乾癬性脊 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) <u>7. 療效評估與繼續使用：</u> (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。
---	---

<u>guselkumab 每 16 週評估一次，再次提出申請續用。(111/9/1)</u> <u>9. 需排除使用情形：(下略)</u> <u>10. 需停止治療情形：(下略)</u> ◎附表二十二之四：(略) ◎附表二十二之五：(略)	<u>8. 需排除使用情形：(下略)</u> <u>9. 需停止治療情形：(下略)</u> ◎附表二十二之四：(略) ◎附表二十二之五：(略)
<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> <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> <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> <u>(1)中重度掌蹠膿皰症：</u> <u>PPPASI(Palmoplantar Pustulosis Area and Severity Index) ≥ 12。</u> <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> <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> <u>ii. 治療需至少使用 3 個月，但育齡女性，得不經 acitretin 使用。</u> <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>	<u>無</u>

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)

☐ 符合繼續使用之療效評估：	
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。	
☐ 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。	
註：改善之定義請參照給付規定	
無「需排除或停止 ustekinumab、brodalumab、<u>guselkumab</u> 使用之情形」	
☐ 是 ☐ 否	是否有藥名_____仿單記載之禁忌情形。
☐ 是 ☐ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
☐ 是 ☐ 否	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。
☐ 是 ☐ 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括： - 慢性腿部潰瘍。 - 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）。 - 過去12個月內曾罹患感染性關節炎者。 - 曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，不可使用。 - 頑固性或復發性的胸腔感染疾病。 - 具有留置導尿管之情形。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患狼瘡或多發性硬化症(multiple sclerosis)
☐ 是 ☐ 否	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)

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	Ertthma (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」

☐ 是 ☐ 否	是否有生物製劑仿單記載之禁忌情形。
☐ 是 ☐ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。
☐ 是 ☐ 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
	☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤
	☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
	☐ 是 ☐ 否	於初次療程，經過 6 個月治療後 PPPASI 下降程度未達 50%
	☐ 是 ☐ 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」		
	☐ 是 ☐ 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%
分數 皮膚部位	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)

