

「藥品給付規定」修訂對照表

第9節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自 112 年 10 月 1 日生效)

建議修訂給付規定	原給付規定
<p>9.41.Pazopanib (如 Votrient)： (101/8/1、104/4/1、106/3/1、<u>110/12/1、112/10/1</u>) 附表九之十三</p> <p>1. 腎細胞癌：(略)</p> <p>2. 軟組織肉瘤：<u>(104/4/1、112/10/1)</u></p> <p>(1)用於治療先前曾接受化療失敗的晚期軟組織肉瘤(STS)患者。其病情若能接受手術治療者，須先經手術治療。</p> <p>(2)須排除胃腸道基質瘤、脂肪惡性肉瘤、橫紋肌惡性肉瘤、軟骨惡性肉瘤、骨性惡性肉瘤、依文氏(Ewing' s sarcoma)惡性肉瘤、原發性神經外胚層腫瘤(primitive neuroectodermal tumor)<u>或突起性表皮纖維惡性腫瘤</u>(dermatofibrosarcoma protuberance)的患者。 <u>(104/4/1、112/10/1)</u></p> <p>(3)須經事前審查核准後使用，每次申請療程以三個月為限，每三個月需再次申請。(須檢附影像學報告)</p>	<p>9.41.Pazopanib (如 Votrient)： (101/8/1、104/4/1、106/3/1、110/12/1) 附表九之十三</p> <p>1. 腎細胞癌：(略)</p> <p>2. 軟組織肉瘤：<u>(104/4/1)</u></p> <p>(1)用於治療先前曾接受化療失敗的晚期軟組織肉瘤(STS)患者。其病情若能接受手術治療者，須先經手術治療。</p> <p>(2)須排除胃腸道基質瘤、脂肪惡性肉瘤、橫紋肌惡性肉瘤、軟骨惡性肉瘤、骨性惡性肉瘤、依文氏(Ewing' s sarcoma)惡性肉瘤、原發性神經外胚層腫瘤(primitive neuroectodermal tumor)<u>、突起性表皮纖維惡性腫瘤</u>(dermatofibrosarcoma protuberance)<u>或具骨轉移</u>的患者。</p> <p>(3)須經事前審查核准後使用，每次申請療程以三個月為限，每三個月需再次申請。(須檢附影像學報告)</p>

備註：劃線部分為新修訂規定

附表九之十三：全民健康保險使用抗癌藥品 pazopanib 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		出生日期	原受理編號 (申復時填寫)		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
ICD-10代碼			疾病名稱				使用日期	年月日至年月日			
申請藥品名稱		藥品健保代碼	申請類別	申請給付範圍		用法用量	申請數量	保險人核定欄			
			<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> 晚期軟組織肉瘤				<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"/> 不符合不得併用二種此類藥物之適應症 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。 <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、病理切片、細胞學檢查報告) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 <input type="checkbox"/> 其他： 保險人日期章戳			
注意事項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向保險人各分區業務組申請審核。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不需填寫。 3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，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。 4. 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。 5. 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。 6. 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。 7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。										
	醫事服務機構	醫院申請日期：年月日					承辦人	複核	科長	決行	審查醫師
	印信		文號：								