

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

104028



42

台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國113年8月15日

發文字號：健保審字第1130671980號

附件：「全民健康保險藥品新收載品項明細表」1份。2.藥品給付規定修訂對照表1份。（請至本署全球資訊網自行下載）



主旨：公告暫予支付含risankizumab成分藥品Skyrizi Concentrate for Solution for infusion 600mg/10mL Vial、Skyrizi 150 mg/mL solution for injection，2.4mL共2品項藥品暨其藥品給付規定。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

公告事項：

- 一、「全民健康保險藥品新收載品項明細表」如附件1。
- 二、修訂「全民健康保險藥物給付項目及支付標準-第6編第83條之藥品給付規定第8節免疫製劑Immunologic agents 8.2.4.7、8.2.4.7.1、8.2.4.7.2。」部分規定，給付規定修訂對照表，如附件2(附件電子檔已置於本署全球資訊網(<https://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>最新消息>法規公告，請自行下載)。

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、社團法

人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、台灣藥物基因體學會、台灣醫藥品法規學會、台灣醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、瑞士商艾伯維藥品有限公司台灣分公司、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組

署長 石崇良 出國
副署長 龐一鳴 代行

全民健康保險藥品新收載品項明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	建議價	初核價格	初核說明	生效日期
1	KC01208229	Skyrizi Concentrate for Solution for infusion 600mg/10mL Vial	risankizumab 60mg/mL	10mL	瑞士商艾伯維藥品有限公司台灣分公司	48,422	38,913	1. 本案藥品為新給藥途徑新藥。 2. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第70次會議紀錄辦理。 3. 給付規定：適用通則、8.2.4.7、8.2.4.7.1.及8.2.4.7.2.規定。	113/9/1
2	KC01166213	Skyrizi 150 mg/mL solution for injection	risankizumab 150mg/mL	2.4mL	瑞士商艾伯維藥品有限公司台灣分公司	97,337	54,074	1. 本案藥品為新品項。 2. 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第70次會議紀錄辦理。 3. 給付規定：適用通則、8.2.4.7、8.2.4.7.1.及8.2.4.7.2.規定。	113/9/1

「藥品給付規定」修訂對照表

附表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 113 年 9 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>8.2.4.7. Adalimumab (如 Humira)、 infliximab (如 Remicade)、 vedolizumab(如 Entyvio)、 ustekinumab (如 Stelara)、 <u>risankizumab (如 Skyrizi)</u> (100/7/1、102/1/1、105/10/1、 106/5/1、106/10/1、108/10/1、 109/9/1、112/8/1、<u>113/9/1</u>)：用於克 隆氏症治療部分</p>	<p>8.2.4.7. Adalimumab (如 Humira)、 infliximab (如 Remicade)、 vedolizumab(如 Entyvio)、 ustekinumab (如 Stelara) (100/7/1、102/1/1、105/10/1、 106/5/1、106/10/1、108/10/1、 109/9/1、112/8/1)：用於克 隆氏症治療部分</p>
<p>8.2.4.7.1. Adalimumab (如 Humira)、 infliximab (如 Remicade)、 vedolizumab(如 Entyvio)、 ustekinumab (如 Stelara)、 <u>risankizumab (如 Skyrizi)</u> (105/10/1、106/5/1、106/10/1、 108/10/1、109/9/1、112/8/1、 <u>113/9/1</u>)：成人治療部分</p>	<p>8.2.4.7.1. Adalimumab (如 Humira)、 infliximab (如 Remicade)、 vedolizumab(如 Entyvio)、 ustekinumab (如 Stelara) (105/10/1、106/5/1、106/10/1、 108/10/1、109/9/1、112/8/1)：成人 治療部分</p>
<p>1. ~3. (略) 4. 療效評估與繼續使用： (1)初次申請：adalimumab 以 6 週 (使用 4 劑為限)；infliximab 以 6 週(使用 3 劑為限)； vedolizumab 以 6 週(使用靜脈注 射 3 劑為限)，或以 2 週(使用靜 脈注射 2 劑為限)；ustekinumab 以 8 週(使用靜脈注射 1 劑為 限)，<u>risankizumab 以 8 週(使用 靜脈注射 3 劑為限)</u>，完成誘導治</p>	<p>1. ~3. (略) 4. 療效評估與繼續使用： (1)初次申請：adalimumab 以 6 週 (使用 4 劑為限)；infliximab 以 6 週(使用 3 劑為限)； vedolizumab 以 6 週(使用靜脈注 射 3 劑為限)，或以 2 週(使用靜 脈注射 2 劑為限)；ustekinumab 以 8 週(使用靜脈注射 1 劑為 限)，完成誘導治療後，達到有效 緩解之誘導或部份有效緩解之誘</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>療後，達到有效緩解之誘導或部份有效緩解之誘導，方得申請繼續使用。誘導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。 (106/5/1、106/10/1、109/9/1、112/8/1、<u>113/9/1</u>)</p> <p>i 有效緩解之誘導：CDAI \leq 150 或瘻管痊癒。</p> <p>ii 部份有效緩解之誘導：CDAI 分數下降 \geq 100 或瘻管數量減少。</p> <p>(2)繼續使用者:adalimumab 需每 24 週(使用 12 劑)；infliximab 需 16 週(使用 2 劑)或 24 週(使用 3 劑)；vedolizumab 需 16 週(使用靜脈注射 2 劑)或 24 週(使用靜脈注射 3 劑)，或第 6 週起，每 24 週(使用皮下注射 12 劑)；ustekinumab 需每 24 週(使用 2 劑)；<u>risankizumab 需每 16 週(使用皮下注射 2 劑)或 24 週(使用皮下注射 3 劑)</u>評估一次。評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 CDAI 分數者，方得提出申請續用。每次申請 adalimumab 以 24 週(使用 12 劑)；infliximab 以 16 週(使用 2 劑)或 24 週(使用 3 劑)；vedolizumab 以 16 週(使用靜脈注射 2 劑)或 24 週(使用靜脈注射 3 劑)，或每 24 週(使用皮下注射 12 劑)；ustekinumab 以 24 週(使用 2 劑)；<u>risankizumab</u></p>	<p>導，方得申請繼續使用。誘導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。(106/5/1、106/10/1、109/9/1、112/8/1)</p> <p>i 有效緩解之誘導：CDAI \leq 150 或瘻管痊癒。</p> <p>ii 部份有效緩解之誘導：CDAI 分數下降 \geq 100 或瘻管數量減少。</p> <p>(2)繼續使用者:adalimumab 需每 24 週(使用 12 劑)；infliximab 需 16 週(使用 2 劑)或 24 週(使用 3 劑)；vedolizumab 需 16 週(使用靜脈注射 2 劑)或 24 週(使用靜脈注射 3 劑)，或第 6 週起，每 24 週(使用皮下注射 12 劑)；ustekinumab 需每 24 週(使用 2 劑)評估一次。評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 CDAI 分數者，方得提出申請續用。每次申請 adalimumab 以 24 週(使用 12 劑)；infliximab 以 16 週(使用 2 劑)或 24 週(使用 3 劑)；vedolizumab 以 16 週(使用靜脈注射 2 劑)或 24 週(使用靜脈注射 3 劑)，或每 24 週(使用皮下注射 12 劑)；ustekinumab 以 24 週(使用 2 劑)為限。(106/5/1、106/10/1、108/10/1、109/9/1、112/8/1)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>以每 16 週(使用皮下注射 2 劑)或 24 週(使用皮下注射 3 劑)為限。</u> (106/5/1、106/10/1、108/10/1、109/9/1、112/8/1、<u>113/9/1</u>)</p> <p>(3)總療程:adalimumab 治療 54 週使用 28 劑；infliximab 治療 46 週使用 8 劑(療效持續至 54 週)；vedolizumab 靜脈注射治療 46 週，使用靜脈注射 8 劑(療效持續至 54 週)，或 vedolizumab 靜脈注射搭配皮下注射共治療 52 週，使用靜脈注射 2 劑，皮下注射 24 劑(療效持續至 54 週)；ustekinumab 治療 44 週使用 5 劑；<u>risankizumab 靜脈注射搭配皮下注射共治療 44 週，使用靜脈注射 3 劑，皮下注射 5 劑(療效持續至 52 週)</u>。總療程結束後，必須至少再間隔超過 3 個月後，因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3. 之(1)(2)(3)之標準(惟其中經 5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療，連續超過 3 個月)才能再次提出申請使用 (105/10/1、106/5/1、106/10/1、108/10/1、109/9/1、112/8/1、<u>113/9/1</u>)。</p> <p>5. 使用劑量： (1)~(4)(略) <u>(5) Risankizumab：原則上，第 0、4、8 週給予靜脈輸注 600mg 作為</u></p>	<p>(3)總療程:adalimumab 治療 54 週使用 28 劑；infliximab 治療 46 週使用 8 劑(療效持續至 54 週)；vedolizumab 靜脈注射治療 46 週，使用靜脈注射 8 劑(療效持續至 54 週)，或 vedolizumab 靜脈注射搭配皮下注射共治療 52 週，使用靜脈注射 2 劑，皮下注射 24 劑(療效持續至 54 週)；ustekinumab 治療 44 週使用 5 劑。總療程結束後，必須至少再間隔超過 3 個月後，因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3. 之(1)(2)(3)之標準(惟其中經 5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療，連續超過 3 個月)才能再次提出申請使用 (105/10/1、106/5/1、106/10/1、108/10/1、109/9/1、112/8/1)。</p> <p>5. 使用劑量： (1)~(4)(略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>緩解之誘導；之後每隔 8 週給予皮下注射維持劑量 360mg，可持續治療至第 44 週(總共 8 劑，使用靜脈注射 3 劑，皮下注射 5 劑，療效持續至 52 週)，作為緩解之維持。(113/9/1)</u></p> <p>6. ~7. (略)</p> <p>◎附表二十六之一：全民健康保險克隆氏症使用生物製劑申請表 (106/5/1、106/10/1、108/10/1、109/9/1、112/8/1、<u>113/9/1</u>)</p> <p>◎附表二十六之二：(略)</p> <p>8. 2. 4. 7. 2. Adalimumab (如 Humira)、infliximab (如 Remicade)、<u>risankizumab (如 Skyrizi)</u> (105/10/1、106/5/1、108/10/1、111/2/1、<u>113/9/1</u>)：兒童治療部分</p> <p>1. ~2. (略)</p> <p>3. 6 歲以上(risankizumab 限使用於 16 歲以上未滿 18 歲)，經診斷為小兒克隆氏症且領有重大傷病證明，並排除第 6 項之情形及符合下列條件之一；且申請時應附上影像診斷評估報告；(111/2/1、<u>113/9/1</u>)。</p> <p>(1)~(3)(略)</p> <p>4. 療效評估與繼續使用：</p> <p>(1)初次申請 adalimumab 以 6 週(使用 4 劑為限)；infliximab 以 6 週(使用 3 劑為限)；<u>risankizumab 以 8 週(使用靜脈注射 3 劑為限)</u>，治療第 3 劑後，達到臨床反</p>	<p>6. ~7. (略)</p> <p>◎附表二十六之一：全民健康保險克隆氏症使用生物製劑申請表 (106/5/1、106/10/1、108/10/1、109/9/1、112/8/1)</p> <p>◎附表二十六之二：(略)</p> <p>8. 2. 4. 7. 2. Adalimumab (如 Humira)、infliximab (如 Remicade) (105/10/1、106/5/1、108/10/1、111/2/1)：兒童治療部分</p> <p>1. ~2. (略)</p> <p>3. 6 歲以上，經診斷為小兒克隆氏症且領有重大傷病證明，並排除第 6 項之情形及符合下列條件之一；且申請時應附上影像診斷評估報告(111/2/1)。</p> <p>(1)~(3)(略)</p> <p>4. 療效評估與繼續使用：</p> <p>(1)初次申請 adalimumab 以 6 週(使用 4 劑為限)；infliximab 以 6 週(使用 3 劑為限)，治療第 3 劑後，達到臨床反應(PCDAI 降低 ≥ 15)者，方得申請繼續使用。誘</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>應(PCDAI 降低\geq15)者，方得申請繼續使用。誘導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。 (106/5/1、113/9/1)</p> <p>(2)繼續使用者: adalimumab 需每 24 週(使用 12 劑); infliximab 需每 16 週(使用 2 劑)或每 24 週(使用 3 劑); <u>risankizumab 需每 16 週(使用皮下注射 2 劑)或每 24 週(使用皮下注射 3 劑)</u>評估一次。評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 PCDAI 分數者，方得提出申請續用。每次申請 adalimumab 以 16 週(使用 8 劑); infliximab 以每 16 週(使用 2 劑)或每 24 週(使用 3 劑); <u>risankizumab 以每 16 週(使用 2 劑)或每 24 週(使用 3 劑)</u>為限。 (106/5/1、108/10/1、113/9/1)</p> <p>(3)總療程:adalimumab 治療 54 週使用 28 劑; infliximab 治療 46 週使用 8 劑 (療效持續至 54 週); <u>risankizumab 治療 44 週使用 8 劑，靜脈注射 3 劑，皮下注射 5 劑(療效持續至 52 週)</u>。必須至少再間隔超過 3 個月後，因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3. 之(1)(2)(3)之標準才能再次提出申請使用。(106/5/1、108/10/1、113/9/1)</p>	<p>導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。(106/5/1)</p> <p>(2)繼續使用者: adalimumab 需每 24 週(使用 12 劑); infliximab 需每 16 週(使用 2 劑)或每 24 週(使用 3 劑)評估一次。評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 PCDAI 分數者，方得提出申請續用。每次申請 adalimumab 以 16 週(使用 8 劑); infliximab 以每 16 週(使用 2 劑)或每 24 週(使用 3 劑)為限。(106/5/1、108/10/1)</p> <p>(3)總療程:adalimumab 治療 54 週使用 28 劑; infliximab 治療 46 週使用 8 劑(療效持續至 54 週)。必須至少再間隔超過 3 個月後，因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3. 之(1)(2)(3)之標準才能再次提出申請使用。(106/5/1、108/10/1)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>5. 使用劑量：</p> <p>(1)~(2)(略)</p> <p><u>(3)Risankizumab：第 0、4、8 週給予靜脈輸注 600mg 作為緩解之誘導，之後每 8 週給予皮下注射 360mg，可持續治療至第 44 週（總共 8 劑，使用靜脈注射 3 劑，皮下注射 5 劑，療效持續至 52 週），作為緩解之維持。</u></p> <p><u>(113/9/1)</u></p> <p>6. ~7. (略)</p> <p>◎附表二十六之三：全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab、infliximab、<u>risankizumab</u> 申請表(106/5/1、108/10/1、<u>113/9/1</u>)</p> <p>◎附表二十六之四：(略)</p>	<p>5. 使用劑量：</p> <p>(1)~(2)(略)</p> <p>6. ~7. (略)</p> <p>◎附表二十六之三：全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab、infliximab 申請表(106/5/1、108/10/1)</p> <p>◎附表二十六之四：(略)</p>

備註：劃線部分為新修訂之規定

附表二十六之一 全民健康保險克隆氏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

符合下列所有條件：

診斷為克隆氏症且領有該症重大傷病卡，有效期限：____年____月至____年____月
符合下列條件之一，且附上影像診斷評估報告。

一、經5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療超過六個月，仍然無法控制病情(CDAI \geq 300)或產生嚴重藥物副作用時，且病況不適合手術者。

無法控制病情 (CDAI 分數：_____)

產生嚴重藥物副作用：藥名_____時間_____

副作用說明：_____

不適合手術之原因：_____

二、經5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及免疫抑制劑充分治療超過六個月，或外科手術治療，肛門周圍瘻管或腹壁瘻管仍無法癒合且 CDAI \geq 100者。

瘻管無法癒合 (CDAI 分數：_____)，自____年____月起

三、經5-aminosalicylic acid 藥物如、類固醇、及免疫抑制劑充分治療，仍於一年內因克隆氏症之併發症接受二次(含)以上之手術治療且 CDAI \geq 100者。

一年內因克隆氏症併發症接受二次(含)以上之手術____年____月與____年____月

符合繼續使用之療效評估：

初次使用者：adalimumab、或 infliximab、或 vedolizumab 或 risankizumab 治療第三劑後、或 ustekinumab 治療第一劑後，達到有效緩解或部份有效緩解之誘導，誘導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。

達到有效緩解之誘導 (CDAI \leq 150或瘻管痊癒)

達到部份有效緩解之誘導 (CDAI 分數下降 \geq 100或瘻管數量減少)

緩解誘導之使用期間：____年____月至____年____月

繼續使用者：adalimumab 需每24週(使用12劑)；infliximab 需每16週(使用2劑)或24週(使用3劑)；vedolizumab 需每16週(使用2劑)或24週(使用3劑)評估一次；ustekinumab 需每24週(使用2劑)；risankizumab 需每16週(使用皮下注射2劑)或24週(使用皮下注射3劑)。評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 CDAI 分數。

adalimumab 治療期滿54週(使用28劑)；infliximab 治療期滿46週(使用8劑)；vedolizumab 治療期滿46週(使用8劑)；ustekinumab 治療期滿44週(使用5劑)；

risankizumab 治療期滿44週(使用8劑)，再提出續用者，必須距離前次生物製劑治療

結束間隔3個月以上，且因病情復發或以其他治療難以控制達規定之標準_(惟其中經5-aminosalicylic acid 藥物、類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療，連續超過3個月)。

符合「須排除或停止生物製劑使用之情形」

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有_____仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	婦女是否正在懷孕或授乳。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否有活動性感染症。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	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）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括： <ol style="list-style-type: none"> 1. 慢性腿部潰瘍。 2. 具有留置導尿管或身上有引流管之情形。 3. 人工關節感染，該人工關節尚未摘除。 4. 頑固性或復發性的胸腔感染疾病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用_____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)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

消化系專科醫師證書：_____

附表二十六之三 全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab、infliximab、risankizumab 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

符合下列所有條件：

六歲(含)以上診斷為小兒克隆氏症。

符合下列條件之一，且附上影像診斷評估報告。

- 一、經類固醇、及/或免疫抑制劑充分治療超過三個月，仍然無法控制病情 (PCDAI \geq 30 或產生過敏或其他嚴重藥物副作用時。

無法控制病情 (PCDAI 分數：_____)

產生嚴重藥物副作用：藥名_____時間_____

副作用說明：_____

- 二、小兒克隆氏症病童腹部或肛門瘻管合併生長遲緩者(height velocity Z Score -1 to -2.5)。

瘻管無法癒合 (PCDAI 分數：_____)，自____年____月起

- 三、小兒克隆氏症病情發作且生長遲緩(height velocity Z Score -1 to -2.5)病童，經營養治療與免疫抑制劑治療失敗者。

符合繼續使用之療效評估：

初次使用者：治療第三劑後，達到臨床反應者，方得申請繼續使用，誘導緩解失敗者，得提出申請轉換他類生物製劑，然同一療程不得合併使用。

達到有效緩解之誘導(PCDAI 降低 \geq 15)

緩解誘導之使用期間：____年____月至____年____月

繼續使用者：adalimumab 需每 24 週(使用 12 劑)；infliximab 需每 16 週(使用 2 劑)或 24 週(使用 3 劑)；risankizumab 需每 16 週(使用皮下注射 2 劑)或 24 週(使用皮下注射 3 劑)，評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 CDAI 分數。

adalimumab 治療期滿 54 週(使用 28 劑)；infliximab 治療期滿 46 週 (使用 8 劑)；risankizumab 治療期滿 44 週(使用 8 劑)，再提出續用者，必須距離前次生物製劑治療結束間隔 3 個月以上，且因病情復發或以其他治療難以控制達規定之標準。

附表二十六之三 全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab、infliximab、risankizumab 申請表

符合「須排除或停止 adalimumab、infliximab、risankizumab 使用之情形」	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有 adalimumab、infliximab、risankizumab 仿單記載之禁忌情形。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否有活動性感染症。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	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）。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括： 1. 慢性腿部潰瘍。 2. 具有留置導尿管或身上有引流管之情形。 3. 人工關節感染，該人工關節尚未摘除。 4. 頑固性或復發性的胸腔感染疾病。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	使用 adalimumab、infliximab、risankizumab 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)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

醫事機構章戳：

消化系專科醫師證書：_____

小兒專科醫師證書：_____