附表三十九 全民健康保險阿拉吉歐症候群(ALGS)與進行性家族性肝內膽汁滯留症(PFIC)使用 Livmarli (maralixibat chloride)申請表

醫院代號		醫院名稱		申請日期	年 月 日
病人姓名		性別		出生日期	年 月 日
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：**

☐診斷為經衛生福利部國民健康署認定之治療年齡1歲以上之進行性家族性肝內膽汁滯留症(PFIC)病人或經衛生福利部國民健康署認定之治療年齡1歲以上之阿拉吉歐症候群(ALGS)病人。

☐符合下列任一診斷條件。

☐治療前抓痕量表(CSS) score 的週平均_____分(≥ 3)

☐治療前血清膽汁酸(sBA)檢測 _____(≥100 μmol/L)

☐經**醫學中心兒科專科醫師且領有兒科消化學次專科醫師證書者**評估需接受肝臟移植治療但尚無法取得肝源者，且須符合下列任一臨床症狀：

(1) 經內外科處置1個月後，仍有灰白色糞便表現。

(2) 顯著肝門脈高壓、肝臟纖維化（如腹部超音波、電腦斷層或磁振攝影等檢測顯示脾臟腫大，腹水，胃食道靜脈瘤，Fibroscan > 7 kPa，APRI score > 0.5等其中之一）

(3) 凝血障礙(PT 延長 ≥ 1.2)

(4) 肝肺症候群

(5) 肺門脈高壓

(6) 高氨血症

(7) 肝腦症候群

☐**每次申請以6個月為限**

☐**停用條件：已經接受肝臟移植**

☐**符合繼續使用之療效評估：**

☐首次使用期間：____年_____月至_____年_____月

☐繼續使用者：續用申請需在首次使用6個月後，**每次申請以6個月為限**，且須符合下列任一診斷條件：

☐血清膽汁酸(sBA)：較治療前降幅達 ≥30%或≤70 μmol/L。

☐ CSS工具評估: 膽汁淤積搔癢分數 ≤1或比基準點改善達到 ≥1分。

申請醫師（簽名蓋章）： 醫事機構章戳：