**財團法人中華民國兒童癌症基金會**

**TPOG Protocol藥物補助審核表**  2024.10版

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 身份證字號 | | |  | 出生日期 | | |  |
| 就醫醫院 | | |  | 病歷號碼 | | |  | 申請日期 | | |  |
| **□ Venetoclax**（**全額補助**）  **新診斷個案需使用TPOG ALL 2021/2022 infant Protocol** | | | | | | | **□ Fludarabine**（**全額補助**）  **新診斷個案需使用TPOG AML 2021 Protocol** | | | | |
| ★ 診斷：須符合下列一項-  □ ETP □ Infant ALL w/KMT2A  ★ 使用時機：  ETP□ V-EI（21天）with MRD2 ≥0.01%,  MRD 2 (第 天)，（ ）%  □  V-EI as Tx option（21天），MRD3 ≥0.01% after  EI+/V-EI , MRD3(第 天)，（ ）%  Infant ALL w/KMT2A  □ Induction-Ve（14 or 21天）□ Reinduction-Ve（7 or 14天）  □ Maintenance-Ve（35天）  □其他，請說明： | | | | | | | ★診斷：須符合 □  AML  ★使用時機：  □ Induction II（共5天）  □ 其他，請說明： | | | | |
| **□ Midostaurin**（**全額補助**）：  **新診斷個案需使用TPOG AML 2021 Protocol** | | | | |
| ★診斷：須符合  □ AML with FLT3-ITD mutant(+)  ★使用時機：(共六回合)  □ Combination with induction/ Intensification | | | | |
| **□ Bortezomib**（**全額補助**）：**新診斷個案需使用-** | | | | | | | | | | | |
| **TPOG ALL 2021 Protocol** | | | | | | | **TPOG NHL 2024 T-LBL Protocol** | | | | |
| ★ 診斷：須符合下列一項-  □ T-ALL □BCP-ALL，且MRD1≧5% or MRD2≧1%  ★ MRD1 (第   天)，（      ）%MRD2 (第   天)，（      ）%  ★ 使用時機：  □ Induction II-C（第1、2劑） □ EI+（第1、2劑）  □ 其他，請說明： | | | | | | | ★ 診斷：須符合  □ NHL T-LBL  ★ 使用時機：NHL2024  □Induction 4劑  □Re-Indcution 4劑 (T-LBLb) | | | | |
| **□ Blinatumomab：新診斷個案需使用-** | | | | | | | | | | | |
| **TPOG ALL 2021 Protocol**  （**依家庭經濟狀況評估補助金額**） | | | | | | | **TPOG ALL 2022 infant Protocol**  （**infant w/KMT2A-R全額補助**） | | | | |
| ★ 診斷：須是HR/VHR BCP-ALL，且為  □ Ph+ ALL，或 □ MRD2(+)但無法通過健保事前審查者  ★ MRD 2 (第 天)，（ ）%  □ MRD 2 (+)，且健保未過  □ MRD 2 (-)，且診斷為Ph+ALL  ★ 使用時機：□ Continuation第1週起兩輪共8週  □ 其他，請說明： | | | | | | | ★ 診斷：須符合  □ Infant ALL w/KMT2A-R  ★ 使用時機：  □ Infant protocol Induction | | | | |
| **□ Brentuximab**（**全額補助**）**新診斷個案需使用TPOG NHL 2024 ALCL Protocol** | | | | | | | | | | | |
| ★診斷：須符合 □ NHL ALCL ★使用時機： □ 共六劑 | | | | | | | | | | | |
| 附註：  主治醫師簽章: | | | | | | | | | | | |
| **☆以下由兒癌基金會填寫☆** | | | | | | | | | | |
| □ 通過 □ 不通過理由: | | | | | | | | | | | |
| 執行長 | |  | | | 社工師 |  | | | 個管師 |  | |