



# 治療用途豁免 ( TUE ) 申請檢查表

生長激素缺乏症 ( Growth Hormone Deficiency ) 兒童、青少年與成人



禁用物質：生長激素 ( Human Growth Hormone, hGH )

本檢查表旨在指引運動員及其醫生了解治療用途豁免 ( TUE ) 申請案應檢附之資料，以利治療用途豁免審查委員會評估該案是否符合治療用途豁免國際標準 ISTUE 之相關核可標準。

除了填寫治療用途豁免 ( TUE ) 申請表外，還必須提供其他相關佐證資料。即使送交了完整的申請文件和檢查表，也不保證一定會獲得治療用途豁免 ( TUE ) 的批准。在某些情況下，即使檢查表未完全填寫，申請文件仍可視為合格。

治療豁免用藥申請表	
	所有欄位皆已完成填寫，手寫資料清晰可辨
	填寫語文請依循 <u>申請表說明</u> ，其餘文件建議以英文提送
	申請醫生已簽名
	運動員已簽名
醫療報告(應申請英文版;特殊情況，原始資料無英文版者，另提交英文摘要)	
	病史需說明是否有：下丘腦—腦下垂體疾病之遺傳性或後天性原因、腦下垂體腫瘤、放射治療、手術、創傷性腦損傷 ( TBI )、其他腦下垂體荷爾蒙缺乏症之存在、支持生長激素缺乏 ( GHD ) 之相關資訊如 <b>成人 ( Adult )</b> ：疲勞 ( fatigue )、運動耐受差 ( poor exercise capacity )、腹部肥胖 ( abdominal obesity )、社會心理功能受損 ( impaired psychosocial function )、 <b>過渡期 ( Transition，指身高生長已停止的青少年 )</b> ：兒童期身材矮小與生長減緩、兒童期曾接受生長激素治療 ( hGH therapy )
	身體檢查 ( Physical exam ) 需包含臨床證據，例如：成人 GHD：中心性肥胖、膚色偏白、皮膚薄乾、體毛稀疏、過渡期患者：發育或身體成熟度不足
	若於兒童期即確診：應提供與下列基因相關之檢測證據 ( 如已知 )： GH-1 或 GHRH-R 基因缺陷或已知造成腦下垂體功能低下之轉錄因子基因突變：PROP-1、POU1F1 ( Pit-1 )
	生長激素刺激試驗 <b>成人 ( Adults )</b> 可接受之檢測包括：胰島素耐受試驗 ( Insulin tolerance test )、Glucagon 刺激試驗、GHRH-精胺酸 ( arginine ) 刺激試驗、Macimorelin 試驗、 <b>過渡期 ( Transition )</b> ：胰島素耐受試驗、Glucagon 刺激試驗、Macimorelin 試驗

		不需進行刺激試驗之情況 ( 免除條件 ) : 若已確診腦下垂體功能低下 ( $\geq 3$ 種 其他腦下垂體賀爾蒙缺乏 ) 或基因 / 轉錄因子突變已確立診斷或者 IGF-1 在停 hGH 2-4 週後仍低於 -2 SD
		醫師後續追蹤紀錄
<b>診斷檢查結果 ( 原件影本或列印文件 )</b>		
		實驗室檢查 ( 如有 ) : 類胰島素生長因子-1 ( IGF-1 ) , 若受試者正在使用 hGH , 需停藥 2-4 週後再抽血、若為創傷性腦損傷導致 GHD , 抽血時間不得早於受傷後 12 個月、基礎腦下垂體功能評估 : 促甲狀腺激素 ( TSH ) 、卵泡刺激素 ( FSH ) 、濾泡促黃體素 ( LH ) 、催乳素 ( prolactin ) 、早晨血清皮質醇 : 用於評估 ACTH 功能狀態、腦下垂體 / 下視丘 MRI : 用於所有新診斷 ( 任何年齡 ) 之 GHD , 除非已知為遺傳原因
<b>其他補充資料</b>		

註解 : 成人期發病、過渡期 : 指線性生長已停止之階段 ( 由兒童期進入成人期 )