附件 14-10

潛伏結核感染（LTBI）之治療情形調查表

診療醫師您好：

我是_____衛生局的公共衛生護士_____，為了協助個案管理工作的進行，請您撥冗填寫下列勾選問題，謝謝！

個案姓名：_____身分證字號：_____病歷號：_____

☐***此個案為結核病接觸者，請提供資料，俾便追蹤管理：***
（本欄由衛生局勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫）

☐1 結核菌素檢查：_____mm：檢查日期____ 年____ 月____ 日
☐2 胸部 X 光檢查檢查結果：檢查日期____ 年____ 月____ 日
☐正常
☐疑似肺結核：☐異常，無空洞　☐異常，有空洞
☐異常，肺浸潤(請繼續追蹤至排除結核病)
☐異常，無關結核病，註：_____
☐3 經評估需進行潛伏結核感染之治療（Treatment of LTBI）
（本欄由醫師填寫，請衛生局所公共衛生護士不要勾選）

☐***請問個案潛伏結核感染治療的情形：***
（本欄由衛生局勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫。）

☐1 個案仍需接受抗結核藥物治療（INH），預計還要再治療_____個月
☐2 個案已服用 9 個月抗結核藥物（INH），可完成治療，停藥日期：
____ 年____ 月____ 日
☐3 治療中死亡____ 年____ 月____ 日
☐4 個案因下列原因中斷治療：____ 年____ 月____ 日
☐拒絕
☐指標個案 INH 抗藥
☐指標個案排除診斷
☐副作用
☐確診為結核病
☐TST 陰性開始治療，第 3 個月 TST 未陽轉而停止治療
☐其他_____
（本欄由醫師填寫，請衛生局所公共衛生護士不要勾選）

＊請問個案其他問題：

＊填寫人資料：
醫院名稱：_____醫師：_____
日期：_____　連絡電話：_____
請妥填後盡速傳真：_____ 縣市衛生局 FAX：_____
TEL：_____

感謝您對結核病防治工作的支持與協助！

請保護個案隱私，傳真後轉交　貴院結核病個案管理師保存