

結核菌素測驗陽性反應傳染源調查表

____縣(市)____鄉(鎮市區) 學校名稱_____ 班別_____

| 姓名 | 性別 | 身分證號碼 | 結核菌素測驗結果(mm) | 家屬人數 | 已檢查人數 | 疑似結核病人 身分證字號 | 疑似結核 病人與學 童關係 | 住址 | 電話 |
|----|----|-------|--------------|------|-------|-----------------|---------------------|----|----|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

衛生所主任：

主辦人：

填表人：

備註：1 歲以上幼童接種卡介苗前結核菌素測驗陽性反應者，其傳染源調查表請參考本表使用。

結核菌素測驗及卡介苗接種工作人員訓練作業規範

壹、前言

卡介苗預防接種為結核病防治工作主要項目之一，良好的接種效果，除疫苗之製造、運送保管外，更有賴正確的卡介苗接種技術。由於卡介苗接種皮內注射技術難度較高，且結核菌素測驗反應判讀個別差異很大，判讀標準之一致尤為重要；為提高卡介苗接種效果，避免副作用發生，並維持結核菌素測驗反應判讀之標準化及正確性，執行該業務之工作人員必需經由確實及持續的訓練，才能確保前述技術之正確性，並保障執行該業務人員的執業安全。

各級衛生主管機關在結核菌素測驗及卡介苗接種技術訓練上，扮演不同的角色，地方主管機關係為訓練足量的工作人員，推行卡介苗接種及結核菌素測驗工作，以及培植種子師資，擔任初訓之技術指導人員。中央主管機關則為確保民眾接種卡介苗之安全性，以及全國執行結核菌素測驗工作人員技術一致性等考量，辦理技術評價、種子師資訓練及師資技術統合訓練。為使各單位辦理「結核菌素測驗及卡介苗接種工作人員訓練」標準一致且易於執行，特訂定本作業規範，供參照遵循。

貳、訓練類別

- 一、初訓練；
- 二、技術評價；
- 三、種子師資訓練；
- 四、師資技術統合訓練。

參、各訓練類別之內容

一、初訓練：

(一) 初訓練目標：

1. 具辨別卡介苗接種後疤痕之能力，並能與其他原因形成之疤痕鑑別診斷。
2. 具正確而熟練的結核菌素測驗及卡介苗接種技術，皮內注射 0.1ml 結核菌素或卡介苗後局部有明顯 8mm 之白色正圓形隆起。
3. 具正確判讀結核菌素測驗後反應之能力，與經驗熟練者之差異在正負 2 mm 內。
4. 具有關結核菌素與卡介苗有關之知識，熟悉疫苗使用及保護方法，並能回答或處理有關卡介苗問題之能力。

(二) 初訓練對象：

1. 衛生福利部疾病管制署及各區管制中心、衛生局、衛生所、慢性病防治所編制內之護理人員（含派駐衛生所人員）。

2. 公私立醫院護理人員。
3. 上述人員應具護理師、護士或助產士證書，擬執行結核菌素測驗或卡介苗接種業務，原則上以年齡 40 歲以下者優先。

(三) 初訓練人數：

1. 每一個鄉鎮區，1 年內嬰兒出生數在 5 百名以下者，訓練卡介苗工作人員 2 名，嬰兒出生數每增加 3 百人增訓 1 名，偏遠地區鄉鎮衛生室每年出生人數少於 50 人者，由衛生所支援辦理。
2. 公私立醫院或婦產科診所每月出生在 40 人以上者，訓練卡介苗工作人員 1 人，出生人數超過 1 百人時得增加 1 人。

(四) 辦理初訓練機關：

由衛生局主辦，負責安排訓練課程、延聘講師及技術指導人員，並得請求衛生福利部疾病管制署及各區管制中心，提供授課師資或技術援助。

(五) 辦理初訓練程序：

1. 衛生局或慢性病防治所卡介苗工作主辦人，應於學期開始前預估該縣市初訓練人數，預先保留較大型國小若干所，並與醫院健兒門診、衛生所或接觸者檢查等合作，安排結核菌素測驗及卡介苗接種時間，供技術實習之用。
2. 衛生局依課程項目延聘對學科及卡介苗接種學經驗豐富者擔任課程講師，師資技術統合訓練合格者擔任技術指導人員，課程表、實習日程表、延聘講師及技術指導人員，排定後報請衛生福利部疾病管制署各管制中心核備；
3. 學員完成學科講習後，各縣市是項工作主辦人應協助學員完成技術實習訓練；技術實習指導應由技術指導人員協助完成。
4. 訓練人數過少縣市，得合併其他縣市辦理。

(六) 初訓練課程：

1. 學科內容：(附件 16-2-1)
 - (1) 結核病發生及致病機轉
 - (2) 結核病流行現況
 - (3) 卡介苗接種在結核病防治工作中之意義
 - (4) 結核菌素測驗與潛伏結核感染治療的重要性
 - (5) 結核菌素測驗及卡介苗接種後，其併發症之處理
2. 術科內容：(附件 16-2-1)
 - (1) 卡介苗疤痕鑑別
 - (2) 結核菌素測驗及卡介苗接種技術說明及示範
 - (3) 結核菌素測驗及卡介苗接種技術模型練習(嬰兒手臂模型)
 - (4) 學員分組互相施打結核菌素
3. 疫苗申領保管及報表製作：
 - (1) 卡介苗器材、疫苗之申請、保管、核銷及轉發；

- (2)衛卡介苗工作記錄及 NIS 系統之操作方法。
4. 技術實習對象：(優先順序如下)
 - (1)初訓練之參訓學員；
 - (2)國小一年級學童(需確認為無接種紀錄且無疤者)；
 - (3)經確診為結核病個案之接觸者(接觸者定義請參考第六章結核病接觸者檢查)；
 - (4)使用免疫抑制劑前進行潛伏結核感染風險評估者；
 - (5)器官移植前進行潛伏結核感染風險評估者；
 - (6)新生兒/嬰幼兒(可與醫院健兒門診或衛生所合作安排接種時間)。
 5. 技術實習項目：
 - (1)皮內注射：至少 15 人次以上；
 - (2)結核菌素測驗判讀：陽性及陰性之判讀經驗，至少各 8 人次以上。
 6. 證書：
 - (1)得依皮內注射及結核菌素測驗判讀兩項技術，分別或合併核發證書；
 - (2)學員成績達 60 分以上，且依證書類別完成技術實習項目者，由衛生局發給初訓練完訓證書；未取得初訓練完訓證書者，不得擔任卡介苗接種或結核菌素測驗工作。
 7. 技術實習注意事項：
 - (1)學科講授與技術實習間隔不可超過 2 個月；學科講授完畢後 4 個月內應完成技術實習。
 - (2)技術指導人員對於皮內注射技術不佳之學員，應中止技術實習並通知衛生局主辦人員，給予學員技術示範後再進行技術實習。
 - (3)衛生局若查核發現初訓練技術實習中或完成初訓練之學員技術不純熟，應加強輔導；對於技術實習整體結果不合格或不適任該業務者，應作成紀錄陳報單位主管，中止其業務、加強訓練或尋求適任者擔任業務。
 - (4)初訓練技術實習表如附件 16-2-2~4。

(七) 初訓練結果追蹤：

1. 衛生福利部疾病管制署及各區管制中心得隨時抽查輔導各縣市初訓練授課及技術實習情形，如認為指導師資指導有不合標準情形時，應通知縣市主辦人員改善並給予協助。
2. 衛生局初訓練辦理完畢後，應將學員名單留存並製作電子檔（名單格式如附件 16-2-5），於該年度 12 月 15 日前將名單送衛生福利部疾病管制署各管

制中心，各區管制中心於該年度 12 月 31 日前送本署慢性傳染病。

二、技術評價：

(一) 技術評價目標：

為促使卡介苗接種及結核菌素測驗工作人員之技術正確性，及結核菌素測驗結果判讀一致性，以減少副作用產生。

(二) 技術評價對象：

1. 初訓練合格且目前執行相關業務者，每 3 年應進行技術評價。
2. 師資技術統合訓練合格者且證書未屆效者，得免參加技術評價。

(三) 辦理技術評價機關：

由衛生福利部疾病管制署主辦，或委辦(補助)外部單位辦理，並由各縣市衛生局協辦。

(四) 辦理技術評價程序：

1. 卡介苗接種技術模型操作、結核菌素測驗實地施注及判讀至少 20 人次，技術操作過程皆由師資技術統合訓練合格者進行考評。
2. 原則上每年辦理 1 次，全國約 10 場次，技術評量表如附件 16-2-3~4。

三、種子師資訓練：

(一) 種子師資訓練目標：

加強教學原理及教學方式，培育種子師資成為技術指導人員的前置訓練，以便協助衛生局辦理初訓練。

(二) 種子師資訓練對象：

經衛生局推薦且受訓前之最近一次技術評價合格，具有教學才能及熱忱者。

(三) 辦理種子師資訓練機關：

由衛生福利部疾病管制署主辦，或委辦(補助)外部單位辦理，並由各縣市衛生局協辦。

(四) 辦理種子師資訓練程序：

原則上每年辦理 1 次，全國約 1 場次。

(五) 首次取得種子師資訓練合格者，各縣市衛生局於辦理初訓練時，應安排帶訓觀摩之機會。

四、師資技術統合訓練：

(一) 師資技術統合訓練目標：

促使全國初訓練技術指導人員技術一致且標準化。

(二) 師資技術統合訓練對象：

經衛生局推薦且種子師資訓練合格，每年度持續協助衛生局辦理初訓練(含初訓練技術實習帶訓及初訓練現場技術指導人員)，每 3 年應進行師資技術統合訓練。

(三) 辦理師資技術統合訓練機關：

由衛生福利部疾病管制署主辦，或委辦(補助)外部單位辦理，並由各縣市衛生局協辦。

(四) 辦理師資技術統合訓練程序：

原則上每年辦理 1 次，全國約 2 場次。

肆、卡介苗及結核菌素測驗工作人員執行前述業務年資及參加各種訓練之時程表

| | 第 1 年 | 第 2 年 | 第 3 年 | 第 4 年 | 第 5 年 | 第 6 年 | 第 7 年 | 第 8 年 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 一般工作人員 | 初 | | | 技 | | | 技 | ... |
| 培育師資人員 | 初 | | | 技/種 | | | 統 | ... |

初：初訓練

技：技術評價

種：種子師資訓練

統：師資技術統合訓練

_____縣（市）結核菌素測驗及卡介苗接種工作人員初訓練課程表

| 日期 (星期) | 地點 | 時間 | 項目 | 指導人 |
|--------------|----|-------------------|--|-----|
| 第一天 (星期一) | | 上午 8:20-8:30 | 報到 | |
| | | 8:30-11:00 | <ul style="list-style-type: none"> ● 結核病發生及致病機轉 ● 結核病流行現況 ● 卡介苗接種在結核病防治工作中之意義 ● 結核菌素測驗與潛伏結核感染治療的相關性 ● 結核菌素測驗及卡介苗接種後，其併發症之處理 | |
| | | 11:00-11:10 | 休息 | |
| | | 11:10-12:00 | 疫苗申領保管及報表製作 | |
| 午餐及中午休息 | | | | |
| | | 下午 13:30-17:00 | <ul style="list-style-type: none"> ● 卡介苗疤痕鑑別 ● 結核菌素測驗及卡介苗接種技術說明及示範 ● 結核菌素測驗及卡介苗接種技術模型練習(嬰兒手臂模型) ● 學員分組互相施打結核菌素 | |
| 賦歸 | | | | |
| 第二天 (星期四) | | 上午 8:20-8:30 | 報到 | |
| | | 8:30-12:00 | 學員分組進行結核菌素測驗判讀 | |
| 賦歸 | | | | |

※上述課表日期僅為範例，可以實務需求調整，只要施針和判讀間隔 48~72 小時即可。

結核菌素測驗及卡介苗接種工作人員技術實習表-皮內注射

初訓練

縣市別：_____ 縣機關別：_____ 縣學員姓名：_____ 縣

| 序號 | 施注日期 | 受施注者姓名 | 皮內注射項目 | 藥物批號 | 分數 | 指導人 |
|----|----------|--------|---|------|-------|-----|
| 舉例 | 2013/3/3 | XXX | <input checked="" type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | XXX | 25/50 | XXX |
| 舉例 | 2013/3/3 | XXX | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input checked="" type="checkbox"/> 卡介苗 | XXX | 21/50 | XXX |
| 1 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 7 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 8 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 9 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 10 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 11 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 12 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 13 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 14 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |
| 15 | | | <input type="checkbox"/> 結核菌素測驗 <input type="checkbox"/> 卡介苗 | | | |

備註：

1. 評分標準請參照「結核菌素測驗及卡介苗接種技術評量標準表-1」。
 2. 各項分數加總後為分子，施注人數為分母，以等比例推算在 50 分當中的得分。
- (A)皮內注射得分：_____

-
- 皮內注射技術個別核發證書者：
【皮內注射分數(A)*2】>60 分者為合格
 - 皮內注射及結核菌素測驗判讀技術合併發給證書者：
【皮內注射分數(A)+結核菌素測驗判讀(B)+(C)】>60 分者為合格

結核菌素測驗及卡介苗接種工作人員技術實習表-結核菌素測驗判讀

初訓練 技術評價

縣市別：_____ 縣機關別：_____ 縣學員姓名：_____

| 序號 | 判讀日期 | 受判讀者姓名 | 學員判讀 | 指導人判讀 | 相差 | 分數 | 指導人 |
|----|----------|--------|------|-------|-----|----|-----|
| 舉例 | 2013/3/3 | XXX | +11 | +13 | 2mm | 1 | XXX |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |

備註：

1. 評分標準：

| | |
|---------------------|--------------------------|
| 相差 0~2mm 者，得 1 分 | |
| 相差 3mm 者 | TST 陰陽(10mm)判讀一致者，0.5 分 |
| | TST 陰陽(10m)判讀不一致者，得 0 分 |
| 相差 4-5mm 者，倒扣 0.5 分 | |
| 相差 6mm(含)以上者，倒扣 1 分 | |

2. 各項分數加總後為分子，判讀人數為分母，以等比例推算在 40 分當中的得分。

(B)結核菌素測驗判讀得分：_____

3. 學員之判讀與指導人判讀相差大於 3mm(含)以上，再次判讀的過程為「標準化處理」。

(C)記錄方式(5 分)+標準化處理(5 分)得分：_____

結核菌素測驗及卡介苗接種技術評量標準表-1

初訓練 技術評價

日期: _____

姓名: _____

| 皮內注射 | 評分項目 | 配分 | 評分標準 | 得分 |
|--------|------------------------------|----|---|----|
| 嬰兒手臂模型 | 固定個案姿勢 | 5 | <input type="checkbox"/> 左手懸空扣 1 分 <input type="checkbox"/> 左大拇指位置未固定在正確位置扣 1 分 <input type="checkbox"/> 抱嬰兒姿勢不正確扣 1 分 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 持針方法 | 5 | <input type="checkbox"/> 右手懸空扣 0.5 分(支托點-固定於被施打者的手臂上) <input type="checkbox"/> 持針不是以夾針方式者扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 針與手臂角度大於 15 度(度數不對)扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 施針的手未夾在空針尾端扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 兩段式收針扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 施打部位 | 5 | <input type="checkbox"/> 未施打於三角肌中點扣 2 分 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 施打深淺 | 5 | <input type="checkbox"/> 施打過深扣 2 分 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| 學員相互注射 | 無菌及消毒動作 (含嬰兒手臂模型 施注測驗) | 5 | <input type="checkbox"/> 疫苗未搖 10 下扣 2 分 <input type="checkbox"/> 劑量錯誤扣 2 分(不足 0.1ml 或過量) <input type="checkbox"/> 抽藥未遵守無菌技術扣 2 分。如未等消毒區乾後或用手搨就注射或越過無菌面或其他 <input type="checkbox"/> 彈針排氣扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 排氣未用乾棉球或使用酒精棉球墊著扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 未消毒保溫杯杯蓋扣 0.5 分(可以口述) <input type="checkbox"/> 瓶內排氣扣 0.5 分(PPD) <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 固定手臂姿勢 | 5 | <input type="checkbox"/> 左手懸空扣 1 分 <input type="checkbox"/> 左大拇指位置未固定在正確位置扣 1 分 <input type="checkbox"/> 抱嬰兒姿勢不正確扣 1 分 <input type="checkbox"/> 不能放置桌上或腿上(施針者及被施針者)扣 1 分 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 持針方法 | 5 | <input type="checkbox"/> 右手懸空扣 0.5 分(支托點-固定於被施打者的手臂上) <input type="checkbox"/> 持針不是以夾針方式者扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 針與手臂角度大於 15 度(度數不對)扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 施針的手未夾在空針尾端扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 兩段式收針扣 0.5 分 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 施打部位 | 5 | <input type="checkbox"/> 未施打於左前臂中間扣 2 分 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 施打深淺 | 5 | <input type="checkbox"/> 施打過深扣 2 分 <input type="checkbox"/> 其他 | |
| | 形成隆起大小 | 5 | <input type="checkbox"/> 7mm 扣 1 分 <input type="checkbox"/> 6mm 扣 2 分 <input type="checkbox"/> 5mm 扣 3 分 <input type="checkbox"/> 4mm 扣 4 分 <input type="checkbox"/> 3mm 含以下扣 5 分 | |
| | 合計 | 50 | 考評者: _____ | |

結核菌素測驗及卡介苗接種工作人員初訓練名單

| 縣市別 | 服務機關 | 醫事機構代碼 | 職別 | 身分證字號 | 姓名 | 生日 | 訓練日期 | 及格與否 | 備註 |
|-----|------|------------|----|-------|-----|----------|----------|------|----|
| 舉例 | XXX | 0123456789 | 醫院 | XXX | XXX | 1990/1/1 | 2013/3/3 | 合格 | |
| 舉例 | XXX | 0123456780 | 公衛 | XXX | XXX | 1990/1/1 | 2013/3/3 | 不合格 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

疫苗接種嚴重不良反應通報單

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--|---------|---|-------------------|----|----|----|
| 個案編號: | 1. 發生日期： 年 月 日 時 | | | | 2. 通報者獲知日期： 年 月 日 | | | |
| | 3. 通報中心接獲通報日期： 年 月 日 (由通報中心填寫) | | | | | | | |
| 4. 填表者 | | | | | | | | |
| 姓名： | | | | 服務機構： | | | | |
| 電話： | | | | 電子郵件信箱： | | | | |
| 地址： | | | | | | | | |
| 原始通報者屬性： | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 醫療人員 (職稱： <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他：) <input type="checkbox"/> 廠商 <input type="checkbox"/> 民眾 | | | | | | | | |
| 5. 接種單位名稱 (或院所十碼代碼)： | | | | 6. 就診醫院名稱 (或院所十碼代碼)： | | | | |
| 地 址： 縣市 鄉鎮市區 | | | | 地 址： 縣市 鄉鎮市區 | | | | |
| 接種人員姓名： | | | | 主治醫師姓名： | | | | |
| 連絡電話： | | | | 連絡電話： | | | | |
| I. 接種個案基本資料 | | | | | | | | |
| 7. 姓名： | | 8. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 9. 出生日期： 年 月 日 或年齡： 歲 | | | | |
| 10. 身分證字號或識別代號： | | 11. 聯絡電話： | | 12. 居住地： 縣市 鄉鎮市區 | | | | |
| II. 不良事件有關資料 | | | | | | | | |
| 13. 不良事件結果 (單選, 以最嚴重結果勾選) | | | | 15. 相關檢查及檢驗數據 (將結果與數據依日期填寫) | | | | |
| <input type="checkbox"/> A. 死亡, 日期： 年 月 日, 死亡原因： _____ <input type="checkbox"/> B. 危及生命 <input type="checkbox"/> C. 造成永久性殘疾 <input type="checkbox"/> D. 導致病人住院或延長病人住院時間 <input type="checkbox"/> E. 其他嚴重不良反應 (具重要臨床意義之事件) <input type="checkbox"/> F. 非嚴重不良事件 (非上述選項者) | | | | | | | | |
| 14. 通報不良事件描述 (應包括不良事件發生之日期、部位、症狀、嚴重程度及處置)： | | | | 16. 其他有關資料 (包含過去疾病史、過敏病史、類似之不良事件及其他相關資訊)： | | | | |
| 不良事件症狀： | | | | | | | | |
| 相關診斷結果： | | | | 17. 後續處理情形： 目前是否已康復： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
| III. 接種疫苗資料 | | | | | | | | |
| 18. 可疑疫苗 | | | | | | | | |
| 疫苗名稱 | 劑次 | 接種途徑 | 接 日期/時間 | 接種部位 | 劑量 | 廠牌 | 批號 | 效期 |
| | | | 年 月 日 時 | | | | | |
| 19. 併用疫苗 (通報接種前 1 個月接種之疫苗) 及藥品： | | | | | | | | |
| 疫苗名稱 (含劑次) / 藥品名稱 | 接種途徑 / 給藥途徑 | 接種 / 給藥日期 | 接種部位 | 劑量頻率 | 廠牌 | 批號 | 效期 | |
| | | | | | | | | |

縣(市)疫苗接種異常事件通報及調查表

| | |
|---|---|
| 發生時間： 年 月 日 時 分 接種地點： _____ 接種單位： _____ 接種人員：姓名 _____ 職稱 _____ | 衛生所填報人員：所屬衛生所 _____ 姓名 _____ 職稱 _____ 獲知時間： 年 月 日 時 分 衛生局審查通報人員： 姓名 _____ 職稱 _____ 通報日期： 年 月 日 時 分 |
|---|---|

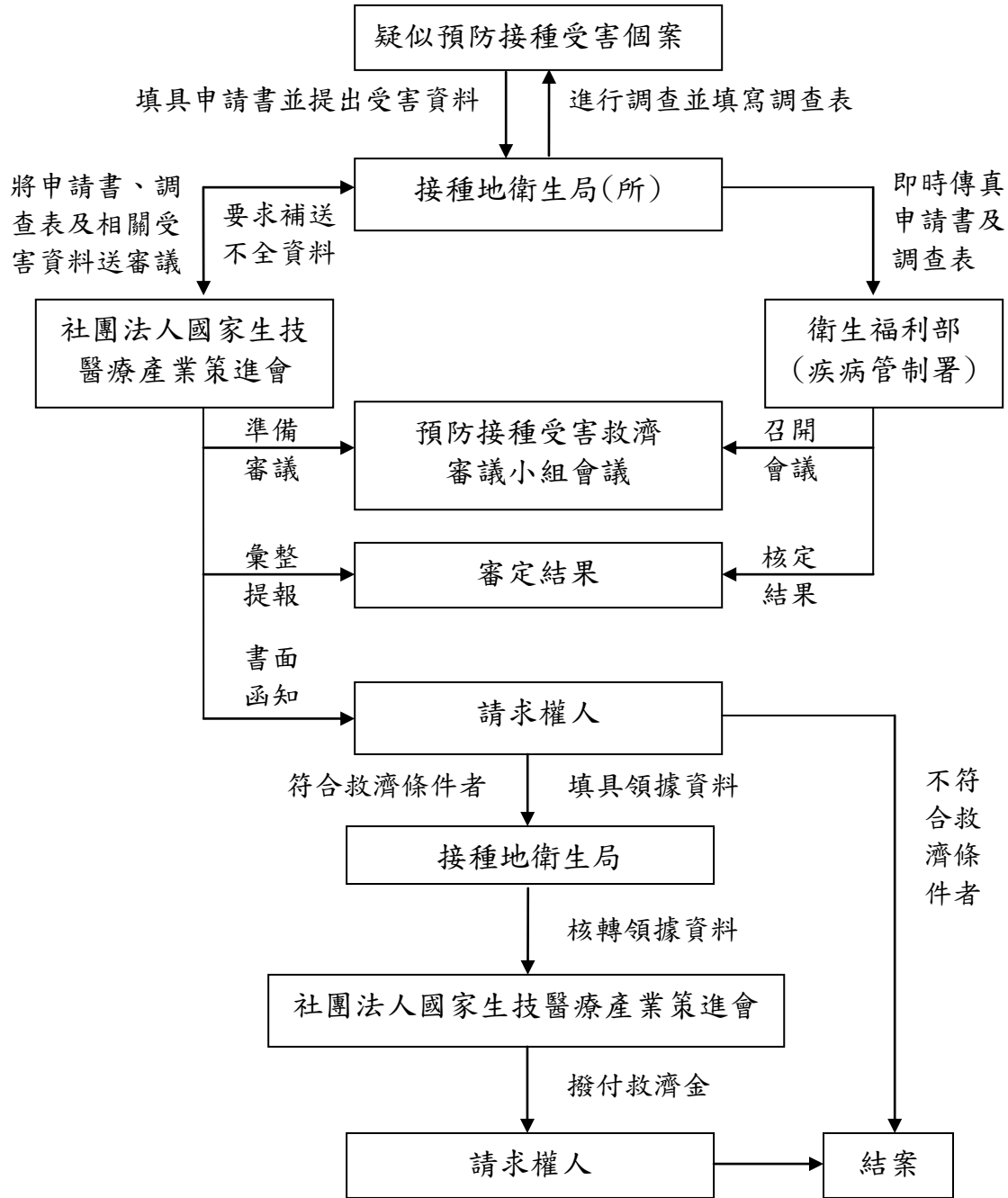
| 異常事件類別 | 問題內容 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 疫苗種類錯誤 <input type="checkbox"/> 劑量錯誤 <input type="checkbox"/> 重複施打 <input type="checkbox"/> 提前接種 <input type="checkbox"/> 打錯人 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | 原應接種疫苗名稱： _____，劑量 _____ 此次接種疫苗名稱： _____，劑量 _____ 廠牌 _____ 批號： _____ 效期： _____ 同時接種其他疫苗： <input type="checkbox"/> 是， _____ <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>否</div> |

事件描述

事件原因與經過：

| 後續處理 (此欄位以下資料，請於調查後再填寫) | | |
|---|--|-------|
| 追蹤介入時間 及處理情形 | 接種單位 | 衛生局/所 |
| | | |
| 其他 | 接種後是否有不良反應： <input type="checkbox"/> 無；_____人 <input type="checkbox"/> 有；_____人，症狀：_____ 症狀發生時間：___月___日___時，於接種後_____小時 是否就醫： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，就診日期：_____，就診地點：_____ 處置：_____ _____ _____ | |
| 檢討改善 | | |
| 是否有規劃詳細接種流程： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（檢附接種流程及說明三讀五對查核點） 三讀五對說明： 改善情形： | | |
| 異常接種個案基本資料 | | |
| | | |

「預防接種受害救濟審議事務及基金管理工作計畫」相關作業流程



預防接種受害救濟申請書

| | | | | | | | |
|--|---|-------|--------|--|--------|--------------------|--------------------------------|
| 申請人/受害人 | 姓名 | | 性別 | | 出生日期 | 年 月 日 | 與受害人之關係 |
| | 聯絡地址 | | | | 身分證字號 | | <input type="checkbox"/> 本人 |
| | 聯絡電話 | 日： | 夜： | | 手機： | | <input type="checkbox"/> _____ |
| 註 1：如受害人未滿 20 歲，請由法定代理人提出申請。 註 2：如受害人已往生，請由法定繼承人提出申請。 | | | | | | | |
| 受害人 | <input type="checkbox"/> 受害人同申請人。(以下資料不再重複填寫) | | | | | | |
| | 姓名 | | 性別 | | 出生日期 | 年 月 日 | |
| | 聯絡地址 | | | | 身分證字號 | | |
| | 聯絡電話 | 日： | 夜： | | 手機： | | |
| 事由 | 疑因預防接種(疫苗種類：_____)致 <input type="checkbox"/> 不良反應 申請預防接種受害救濟。 <input type="checkbox"/> 死亡，並 <input type="checkbox"/> 同意解剖(請續勾) <input type="checkbox"/> 1.完整解剖或 <input type="checkbox"/> 2.局部解剖 <input type="checkbox"/> 不同意解剖 | | | | | | |
| | 註：惟為釐清受害人是否因預防接種致死，所需進行解剖的程度(完整或局部解剖)，仍應由病理科醫師評估個案臨床資料後判斷之為宜。 | | | | | | |
| 案情概要 | 接種日期 | 年 月 日 | 接種地點 | | 不良反應症狀 | | |
| | 病情發展及求診經過 | | | | | | |
| 檢具文件 | <input type="checkbox"/> (1) 身分證明資料(自行申請者，應檢附身分證影本；法定代理/繼承人申請者，應檢附戶口名簿影本) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> (2) 預防接種證明影本(如接種紀錄或接種名冊) <input type="checkbox"/> (3) 醫療院所診斷證明書 <input type="checkbox"/> (4) 死亡證明書或相驗屍體證明書 <input type="checkbox"/> (5) 其他(如接種前健康評估表、預防接種家長同意書、不良反應照片或影片) | | | | | | |
| 填表人：(請勾選) <input type="checkbox"/> 受害人本人 <input type="checkbox"/> 法定代理/繼承人 | | | 簽名或蓋章： | | | 申請日期： 年 月 日 | |

衛生局預防接種受害調查表

| | | |
|--------|--|-------|
| 個案資料 | 姓名：_____ 出生日期：____年____月____日 性別：_____ | |
| | 身份證字號：_____ 電話：_____ | |
| 預防接種 | 疫苗種類 | |
| | 疫苗批號 | |
| | 製造廠商 | |
| | 有效期限 | |
| | 接種日期 | |
| | 接種地點 | |
| | 接種部位 | |
| | 接種途徑 | |
| 種 | 同批號疫苗對本縣市其他接種者，有無發生不良反應： <input type="checkbox"/> 有(簡述)_____ <input type="checkbox"/> 無 | |
| | 個案以前各種預防接種紀錄(含接種疫苗種類、日期、反應情況)： 1. <input type="checkbox"/> 國小畢業以下學童(檢附黃卡)；是否曾因預防接種致不良反應： <input type="checkbox"/> 是(簡述)_____ <input type="checkbox"/> 否 2. <input type="checkbox"/> 其他；是否曾因預防接種致不良反應： <input type="checkbox"/> 是(簡述)_____ <input type="checkbox"/> 否，近三年接種紀錄：_____ | |
| 臨床 | 發病(不良反應)日期 | 年 月 日 |
| | 就診日期 | 年 月 日 |
| | 醫療院所名稱 | |
| | 醫療院所地址 | |
| | 主治醫師姓名 | |
| | 主治醫師電話 | |
| 情況 | 臨床及檢驗摘要簡述(載明不良反應發生時間、各家醫院就醫情形、初步調查訪視之臨床及檢驗情況、預後恢復情形等)： | |
| 應附資料文件 | (1) 接種紀錄(學幼童提供預防接種紀錄影本；其他提供病歷或接種名冊) (2) 接種前後就醫病歷紀錄(至少回溯接種前一年之完整病歷。如有先天性疾病或年齡未滿3歲之孩童則應包含出生後(含出生)之所有病歷資料；慢性疾病患者則應調閱至少三年之相關就醫病歷。惟審議小組仍可依鑑定需要，於必要範圍內指示延長病歷回溯期間。) | |

報告人：_____ 電話：_____ 報告日期：____年____月____日
 承辦人：_____ 課(科)長：_____ 局長：_____

卡介苗接種敬告家長書

接種的目的

接種卡介苗可避免幼童發生嚴重結核病，研究顯示，未接種卡介苗的幼童罹患結核性腦膜炎的發生率約為百萬分之152.5，是有接種者的47倍，此類疾病若未及早診治會造成腦脊髓等不可逆病變(無法自理生活、智商受損等)，並伴隨約20%-40%致死率。

宜何時接種

若無接種禁忌症的嬰幼兒，宜於出生滿5個月(建議接種時間為出生滿5-8個月)，至遲1歲前完成。倘至1歲以後才接種卡介苗，則於接種前必須先進行潛伏結核感染評估(另一種皮內注射檢查)，將更耗時費力，故請按建議時程進行接種。

接種後可能的不良反應

- 常見但不嚴重的不良反應：局部膿瘍、淋巴結炎等。
- 不常見但較嚴重的不良反應：骨炎/骨髓炎等。
- 我國自2007年起開始主動監測卡介苗不良反應，資料顯示骨炎/骨髓炎發生比率約百萬分之55，尚在世界衛生組織估計範圍內。

| 副作用 | 骨炎/ 骨髓炎 | 瀰漫性 卡介苗感染 |
|--------------------------------|----------------|--------------|
| 資料來源 | | |
| 我國監測資料 (2008-2009年 出生世代) | 55例/ 百萬人 | 0例/ 百萬人 |
| 世界衛生組織 2000年報告 | 2-700例/ 百萬人 | 2例/ 百萬人 |

5歲以前要注意的事

幼童如果出現局部膿瘍/腫脹等疑似卡介苗不良反應時，宜提醒醫師將卡介苗接種因素納入評估；或洽地方衛生局(所)協助轉介醫院小兒科診治(或請小兒科醫師進行會診)，以便進一步釐清病因。疑似/確認因接種卡介苗受傷害者，可透過接種地衛生局的說明與協助，申請預防接種受害救濟。

接種前

- 請先確認父母雙方家人沒有疑似先天性免疫缺失之家族史(如幼年因不明原因感染而死亡)。另對於後天免疫不全病毒(HIV)感染母親所生之嬰幼兒，請諮詢感染科醫師後，始得接種。

接種時

- 出生滿5-8個月之嬰兒活動力佳，故須妥善固定嬰兒，以利進行卡介苗皮內注射。請家屬配合工作人員的專業指導，讓注射過程順利完成。

接種後

- 請家屬定期為嬰兒修剪指甲；膿瘍或潰爛時，得以乾紗布覆蓋接種部位並以膠帶固定，或穿著有袖的衣服，以避免嬰兒抓傷接種部位，引發不必要的感染。

接種後正常情形

| 1-2週 | 4-6週 | 2-3個月 |
|--|---|--|
| <p>注射部位會呈現一個小紅結節，之後逐漸變大，微有痛癢但不發燒。</p>  | <p>會變成膿瘍或潰爛，不必擦藥或包紮，只要保持清潔及乾燥，如果有膿流出可用無菌紗布或棉花拭淨，應避免擠壓。</p>  | <p>會自動癒合結痂，留下一個淡紅色小疤痕，經過一段時間後會變成膚色。</p>  |

其他資訊

如果您需要其他卡介苗相關訊息，歡迎至衛生福利部疾病管制署全球資訊網<http://www.cdc.gov.tw>之傳染病介紹/結核病主題網查閱。

敬告家長書回條：

已詳閱「卡介苗接種敬告家長書」並接受相關衛教指導。

幼童姓名：_____ (或ooo之子/女) 家長簽章：_____

 衛生福利部疾病管制署關心您

結核菌素測驗與卡介苗預防接種敬告家長書

親愛的家長：

接種卡介苗可避免幼童發生結核性腦膜炎等嚴重疾病，我國 9 成以上幼童在嬰幼兒期已接種過，只有少數可能是父母忘記或某些原因沒有接種，為您孩子的健康，請鼓勵貴子弟踴躍參加。

壹、檢查方式：

第一階段：由衛生局安排護理人員為貴子弟檢查卡介苗疤痕；檢查當日請讓學童穿著運動服以方便查疤作業。

第二階段：查無卡介苗疤痕者須進行結核菌素測驗，才能判定是否需施打卡介苗。預計：____年____月____日進行施注，並於____年____月____日進行判讀結果，判讀結果為_____。

第三階段：預計____年____月____日針對結核菌素測驗陰性者接種卡介苗。

貳、結核病衛教及相關檢查：

一、結核菌素測驗：

首先會先在貴子弟左前手臂內側做結核菌素測驗，針孔極小無需敷藥或掩蓋，接種後可一般生活，然後必須於 48 至 72 小時之間由專業的工作人員記錄測驗的反應；結核菌素測驗發生過敏性休克的可能性微乎其微，少數人在接種部位會產生輕微紅腫或潰瘍的情形，這是免疫反應的現象，這種反應通常不需治療，只要保持清潔乾燥即可；極少數的人在接種後產生皮疹或搔癢，紅腫、起水泡、脫皮或者皮膚鬆弛情形。若有很強的反應（代表感染的可能性極高），結疤的可能性會增加。

二、卡介苗接種後正常態樣：

- 接種後 1-2 週，注射部位會呈現一個小紅結節。
- 接種後 4-6 週，變成膿瘍或潰爛，不必擦藥或包紮，只要保持清潔及乾燥，如果有膿流出可用無菌紗布或棉花拭淨，應避免擠壓。
- 接種後 2-3 個月，自動癒合結痂，留下一個淡紅色小疤痕，經過一段時間後會變成膚色。

三、卡介苗接種後併發症：

- 常見但不嚴重的不良反應：局部膿瘍、淋巴結炎等。
- 不常見但較嚴重的不良反應：骨炎/骨髓炎等，發生率約百萬分之 55。

家長意見回條：

已詳閱「結核菌素測驗與卡介苗預防接種敬告家長書」，經評估（請於□中勾選）

- 進行結核菌素測驗同意不同意
- 進行卡介苗接種同意不同意

學生姓名：_____班級：_____年_____班 家長簽章：_____

結核菌素測驗陽性反應兒童家長通知書

- 一、貴^{子女}經結核菌素測驗反應為_____mm，為瞭解家中其他人是否被結核菌感染過（不一定有病），凡共同居住之 5 歲(含)以上家屬，應進行胸部 X 光檢查及臨床評估；未滿 5 歲家屬待找到確切感染源後，再進行胸部 X 光檢查、結核菌素測驗及臨床評估。如經常咳嗽有痰，請立刻就診檢查。
- 二、倘對於檢驗或解釋過程中有疑問或遭遇不公平待遇者，請聯繫當地衛生所，或撥打免付費電話：1922 反應。

_____學校_____年級_____班

老師簽章：_____

國小一年級學童結核菌素測驗及卡介苗接種名冊

縣(市) _____ 鄉(鎮市區) _____ 學校 _____

| 班別 | 座號 | 學生姓名 | 身分證字號 | 性別 | 卡介苗疤痕 | | 結核菌素測驗結果(mm) | | PPD批號 | BCG批號 | 備註 |
|-------|-----|------|-------|------|---------|------|--------------|-------|-------|-------|----|
| | | | | | 無 | 有 | 陽性 | 陰性 | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 在籍學生數 | 無疤 | | | | 有疤不需測驗數 | 未驗針數 | 缺席人數 | 工作者簽名 | | | |
| | 測驗數 | 陽性數 | 陰性數 | | | | | | | | |
| | | | 接種數 | 未接種數 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

缺席學生座號：

測驗日期：

接種日期：

備註：

- 一、無卡介苗接種紀錄者才需要造冊
- 二、測驗數=陽性數+接種數+未接種數
- 三、在籍學生數=測驗數+有疤不需測驗數+未驗針數+缺席人數
- 四、結核菌素測驗結果請依規定記錄，如橫徑 19 mm 記錄為+19，3 mm 記錄為÷3

卡介苗接種工作查核表

| | | | |
|--------|---|------|---|
| 查核日期 | 年 月 日 | 查核人員 | 疾病管制署： 衛生局、所： 外部查核單位： |
| 受查核單位 | | 受訪人員 | |
| 查核項目 | | | 正確與否 |
| 儲存環境 | 卡介苗保存於 2~8°C 之冰箱 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 卡介苗保存於未具紫外燈之冰箱 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 卡介苗保存於非透明具避光效果之冰箱 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 保存之卡介苗均未屆效(效期 2 年) | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 施注環境準備 | 光線充足但不可陽光直接照射、環境整潔乾淨、通風佳 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 桌面鋪有無菌消毒巾或拋棄式紙巾 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 動線適當，不致於被走動人員干擾 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 用物準備 | 接種卡介苗時應備妥： ◆ 1.5mg 卡介苗 ◆ 生理食鹽水(依疫苗數計算需要量) ◆ 卡介苗專用空針(0.5ml 或 1ml 附 26-28G 針頭，針頭可旋轉之塑膠拋棄式空針) ◆ 3ml 或 5ml 塑膠空針 ◆ 玻璃紙(依疫苗數計算需要量) ◆ 酒精棉片或酒精棉球 ◆ 乾棉球 ◆ 75%酒精 ◆ 保冷箱、保冷杯、冰寶 ◆ 原子筆 ◆ 擦手巾(紙)、治療巾 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 操作過程 | 提供「卡介苗接種敬告家長書」或「結核菌素測驗與卡介苗預防接種敬告家長書」，並給予衛教 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 將「卡介苗接種敬告家長書」家屬簽章回條黏貼於病歷(或等同於病歷之文件)保存 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 以無菌技術稀釋 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 檢視是否過期、結塊(結絲)或沉澱物 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 卡介苗消毒、使用玻璃紙撥瓶(等酒精揮發，以玻璃紙包覆妥適後撥瓶，開瓶時應按照稀釋乾燥卡介苗方法操作) | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 加入 3ml 生理食鹽水稀釋(生理食鹽水應於使用前一天放置冰箱保冷) | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 卡介苗粉末完全溶化才抽出稀釋後卡介苗(卡介 | | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |

| | | |
|----------------|---|---|
| | 苗稀釋時，須先加入一半稀釋液，左右輕輕搖動，待完全均勻溶解後再加入另一半稀釋液) | |
| | 每次抽取稀釋後卡介苗，應左右輕搖動安瓿後再抽取(至少 10 次) | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 以卡介苗專用空針抽取稀釋後液體 0.1ml (專用卡介苗空針，使用時再開啟封套，一次開啟一支) | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 稀釋後之卡介苗立即置於保冷杯 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 稀釋後卡介苗於 2 個小時內用畢，否則丟棄 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 抽入卡介苗專用空針之稀釋後卡介苗，於 5 分鐘內用畢，否則丟棄 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 欲丟棄之稀釋卡介苗，加入等量 75%酒精，以醫療廢棄物處理 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 接種 施注 部位 | 持針方式正確(以右手中指、食指及拇指握住針管，左手握住嬰兒左上臂，充分露出三角肌。) | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 卡介苗及結核菌素測驗均採皮內注射法 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 嬰兒固定方式正確(協助者以兩腿夾住嬰兒的腿，左手托住嬰兒頭部，右手固定嬰兒身體) | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 卡介苗接種在嬰幼兒左上臂三角肌中點 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 0.1ml 卡介苗完全注入，注射處呈現約 8mm 的隆起 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| 紀錄 | 卡介苗接種後立即記錄於兒童健康手冊/預防接種時程及記錄表(黃卡) | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 |
| | 請抄錄受查核之卡介苗接種單位，所有執行卡介苗接種之工作人員姓名 | |
| 優點 | | |
| 發現 缺失 | 重大缺失： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 其他需改善及複評缺失 | |
| 複評 結果 | 複評日期： 年 月 日；複評人員： ；受評人員： 已改善缺失 尚未改善缺失及未改善原因 | |

結核菌素測驗工作查核表

| | | | |
|--------|--|---|-----------------------------|
| 查核日期 | 年 月 日 | 查核人員 | 疾病管制署： 衛生局、所： 外部查核單位： |
| 受查核單位 | | 受訪人員 | |
| 查核項目 | | | 正確與否 |
| 儲存環境 | 結核菌素保存於 2~8°C 之冰箱內 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 保存之結核菌素均未屆效 (效期 3 年) | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| 施注環境準備 | 光線充足但不可陽光直接照射、環境整潔乾淨、通風佳 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 桌面鋪有無菌消毒巾或拋棄式紙巾 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 動線適當，不致於被走動人員干擾 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| 用物準備 | 施注結核菌素時應備妥： ◆ 結核菌素 ◆ 結核菌素測驗專用空針(0.5ml 或 1ml 附 26-28G 針頭，針頭可旋轉之塑膠拋棄式空針) ◆ 酒精棉片或酒精棉球 ◆ 乾棉球 ◆ 保冷箱、保冷杯、冰寶 ◆ 量尺(具公厘(mm)刻度) ◆ 原子筆 ◆ 擦手巾(紙)、治療巾 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| 操作過程 | 給予相關衛教 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 檢視是否過期、渾濁 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 結核菌素開瓶後應標記開瓶時間 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 結核菌素開瓶後應於 24 小時內用畢，否則丟棄 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 使用專用空針(0.5ml 或 1ml 附 26-28G 針頭，針頭可旋轉之塑膠拋棄式空針)抽取結核菌素 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| 接種施注部位 | 結核菌素測驗施注於左前臂掌側中點，注意避開血管 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 結核菌素測驗施注後 48 至 72 小時進行判讀 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| 紀錄 | 結核菌素測驗判讀後立即記錄於接觸者轉介單或相關文件 | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| | 結核菌素測驗判讀紀錄是否正確 ◆ 陰性反應用除號(÷)表示 ◆ 陽性反應用加號(+)表示 ◆ 硬結上出現小水泡時，在反應大小後加記 V ◆ 硬結上出現大水泡時，在反應大小後加記 B | <input type="checkbox"/> 正確 <input type="checkbox"/> 不正確 <input type="checkbox"/> 不適用 | |

| | | |
|----------|---|--|
| | 請抄錄受查核之結核菌素測驗單位，所有執行結核菌素測驗之工作人員姓名 | |
| 優點 | | |
| 發現 缺失 | 重大缺失： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 其他需改善及複評缺失 | |
| 複評 結果 | 複評日期： 年 月 日；複評人員： ；受評人員： 已改善缺失 尚未改善缺失及未改善原因 | |

附件 16-12

○ ○ 縣(市) _____ 年 _____ 季 空針消耗報表

| 機關別 | 局所 | 有效期限 | 批號 | 上季結存(1) | 撥入(2) | 撥出(3) | 使用(4) | 銷毀(5) | 本季結存(6) |
|-----|------|------------|-----|---------|-------|-------|-------|-------|---------|
| ○○縣 | 衛生局 | 2012.08.31 | ○○○ | | | | | | |
| | 防治所 | | ○○○ | | | | | | |
| | ○衛生所 | | ○○○ | | | | | | |
| | ○衛生所 | | ○○○ | | | | | | |
| | ○衛生所 | | ○○○ | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 合計 | 衛生局 | | ○○○ | | | | | | |
| | 防治所 | | ○○○ | | | | | | |
| | 衛生所 | | ○○○ | | | | | | |

年 月 日製表

填表說明：1.謹守『先進先出』為原則

2.上季的『本季結存』與下季的『上季結存』得相符

3.6=1+2-3-4-5

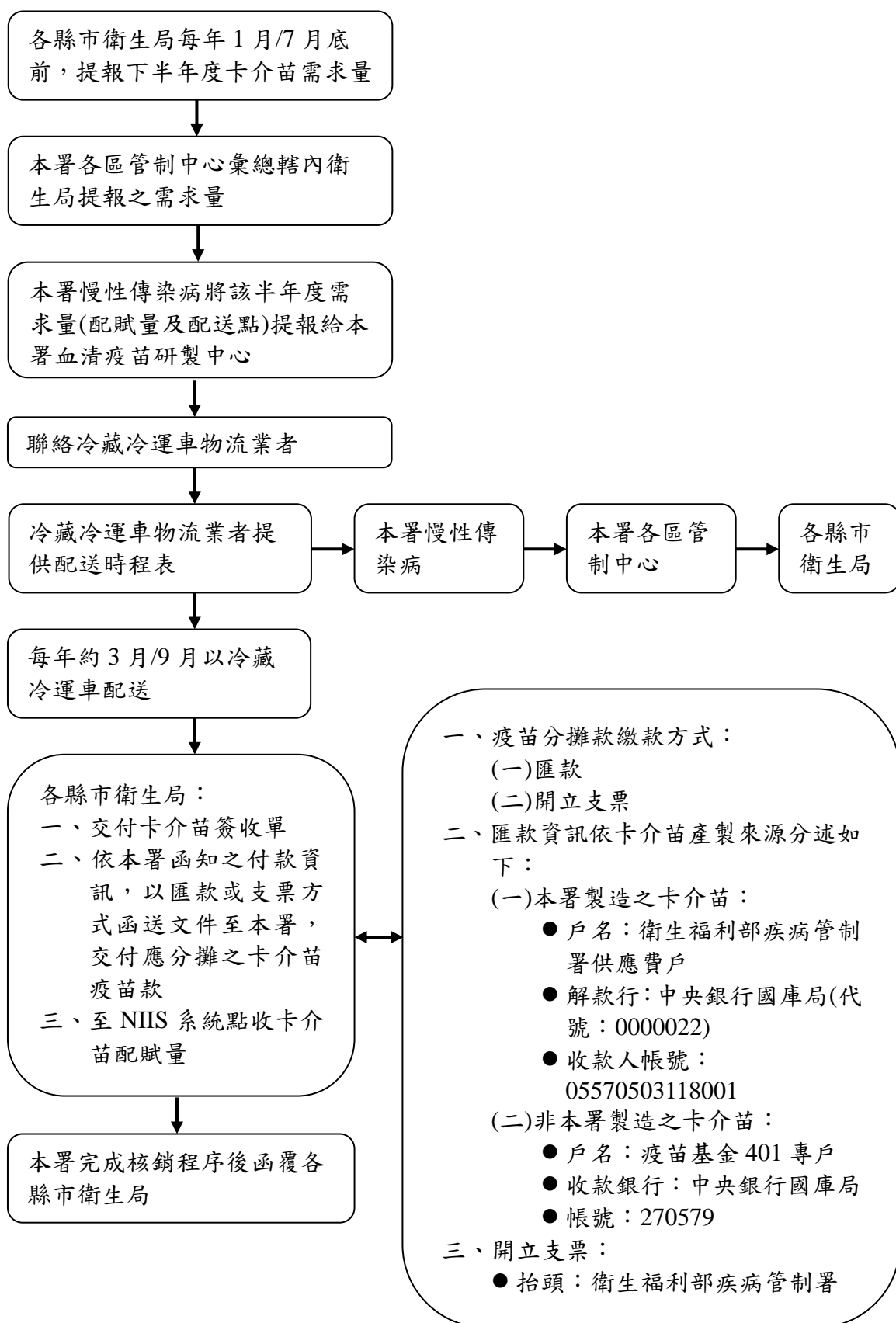
4.每季提報『本季結存』數，與當季末月最後一天之庫存量得相符

5.衛生局『撥出』與『衛生所撥入數』得相符；衛生所『撥出』應列入衛生所『使用』數

(調撥其它縣市衛生局、所者不列入，得列為撥出)

6.衛生局及防治所與衛生所存量請分別列報

卡介苗調查、配賦及費用核銷作業流程表



幼兒公費常規疫苗接種適用對象參照表

| 幼兒身分別 | 父母國籍 | 加入健保情形 | 常規疫苗免費接種資格 |
|-----------|-----------------|--------------------------|------------|
| 幼兒有中華民國國籍 | 父母不論本國人或外國人 | 不論有無加入健保、有無居留証、有無設籍均予以接種 | 給予接種 |
| 幼兒無中華民國國籍 | 父母均為本國人 | 父母雙方均有加入健保 | 給予接種 |
| | | 父母一方有加入健保 | 給予接種 |
| | | 父母均無加入健保 | 給予接種 |
| | 父母一方為本國人，一方為外國人 | 父母雙方均有加入健保 | 給予接種 |
| | | 父母一方有加入健保 | 給予接種 |
| | | 父母均無加入健保 | 給予接種 |
| | 父母均為外國人 | 幼兒與父母均有加入健保 | 給予接種 |
| | | 幼兒或父母任一方有加入健保 | 給予接種 |
| | | 幼兒與父母均無加入健保，但三方之一有居留証※ | 給予接種 |
| | | 幼兒與父母均無加入健保，且無居留証※ | 不予接種 |

備註：

- 一、資料來源：104 年 9 月 15 日疾管防字第 1040200969 號函。
- 二、※居留證含外交官員證、國際機構官員證、外交機構官員證。

預防接種申請書 VACCINATION APPLICATION FORM

| | | |
|---|--|--|
| 兒童姓名： Child's Name | | 性別： <input type="checkbox"/> M Sex <input type="checkbox"/> F |
| 出生日期： Date of Birth _____ / _____ / _____ | | 國籍： Nationality |
| 身分證號/護照號碼： Child's ID/Passport. No | | |
| 母親姓名： Mother's Name | | 聯絡電話： Tel No. |
| 住址： Address | | |
| 申請疫苗 Application for vaccines vaccine | | |
| 申請人： Name of applicant | | 與兒童關係： Relationship with the child |
| 身分證號/護照號碼： ID/Passport. No | | 電話： Tel No. |
| 住址： Address | | |
| 檢具證明文件 Document <input type="checkbox"/> 預防接種紀錄表 Vaccination Record <input type="checkbox"/> 其他 Others _____ | | |
| 申請人簽名 Signature of Applicant | | 申請日期 Date _____/_____/_____ |

以下由接種單位填寫並請傳真轄區衛生局/所留存

| | | | |
|------|-------|-------------|--|
| 接種單位 | | | |
| 申請疫苗 | | 疫苗批號 | |
| 疫苗單價 | | 接種費用 合 計 | |
| 接種日期 | 年 月 日 | 接種人員 簽 章 | |
| 醫師簽章 | | | |

衛生所承辦人

單位主管

衛生局承辦人

單位主管

附件 16-16

結核病防治工作成果

中華民國 年

單位：人

| 縣市別 | 結核菌 查 測 驗 及 卡 介 苗 接 種 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----------------------|-----|-----|------|--------|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 總 計 | | | 出生人數 | 直接接種人數 | | 幼 兒 | | | 國小一年級學童 | | | 其 他 | | | | |
| | 測驗數 | 陽性數 | 接種數 | | 新生兒 | 嬰 兒 | 無 疤 | | | 無 疤 | | | 無 疤 | | | 有 疤 | |
| | | | | | | | 測驗數 | 陽性數 | 接種數 | 測驗數 | 陽性數 | 接種數 | 測驗數 | 陽性數 | 接種數 | 測驗數 | 陽性數 |
| 總 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新北市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臺北市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 桃園市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臺中市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 臺南市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高雄市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宜蘭縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新竹縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 苗栗縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 彰化縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南投縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 雲林縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 嘉義縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 屏東縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 台東縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 花蓮縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 澎湖縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基隆市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新竹市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 嘉義市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金門縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連江縣 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備註：資料來源為衛生福利部統計處。

卡介苗預防接種工作報表編製說明

一、目的：明瞭各縣市衛生局轄內衛生所卡介苗預防接種情形，作為結核病防治工作參考。

二、統計範圍及對象：

- (一) 新生兒：合約醫院出生之新生兒，在嬰兒室完成接種者。
- (二) 嬰兒：1 歲以內，在衛生所或合約醫院完成接種者。
- (三) 幼兒：1 歲以上 6 歲以下無疤之幼兒。
- (四) 國小一年級：國小一年級無卡介苗接種紀錄之學童。
- (五) 其他無疤：經確診的指標個案之接觸者或其他原因無卡介苗疤痕之民眾，經完成結核菌素測驗者。
- (六) 其他有疤：經確診的指標個案之接觸者或其他原因有卡介苗疤痕之民眾，經完成結核菌素測驗者。

三、統計標準時間

- 第一季：1 月 1 日至 3 月底之事實為準。
- 第二季：4 月 1 日至 6 月底之事實為準。
- 第三季：7 月 1 日至 9 月底之事實為準。
- 第四季：10 月 1 日至 12 月底之事實為準。

四、工作依據：結核病十年減半全民動員計畫及我國加入 WHO 2035 消除結核第一期計畫。

五、NIIS 系統及報表欄位定義（或說明）

(一) 國小一年級：

1. 在籍學生數：指該學年在籍之一年級學童總人數。
2. 陽性數：指結核菌素測驗無接種紀錄學童反應硬結為陽性之人數。
3. 陰性數：指結核菌素測驗無接種紀錄學童反應硬結為陰性之人數。
4. 有疤不須測驗人數：已有卡介苗疤痕或有卡介苗接種紀錄人數。(查卡為主，查疤為輔)
5. 未驗針及應測驗未測人數：測驗後沒有檢查反應結果或經檢查無卡介苗接種紀錄，但因某種原因未給予測驗之人數。
6. 缺席人數：測驗當天缺席未完成察看卡介苗疤痕者。

(二) 新生兒嬰兒：

1. 出生人數：指戶籍內當季實際出生之活嬰人數。
2. 直接接種人數：指新生兒、嬰兒等不需要結核菌素測驗而直接接種卡介苗之人數。
3. 戶籍內人數：設籍本鄉鎮且由本所完成接種之人數。
4. 戶籍外人數：設籍外縣市或外鄉鎮嬰兒，但在本所完成接種之

人數。

(三) 幼兒無疤：

1. 陽性數：指無卡介苗接種紀錄者，經結核菌素測驗後，硬結反應為陽性之人數。
2. 陰性數：指無卡介苗接種紀錄者，經結核菌素測驗後，硬結反應為陰性之人數。

(四) 其他無疤：

1. 陽性數：指經確診的指標個案之接觸者或其他原因無卡介苗疤痕之民眾經結核菌素測驗後，硬結反應為陽性之人數。
2. 陰性數：指經確診的指標個案之接觸者或其他原因無卡介苗疤痕之民眾經結核菌素測驗後，硬結反應為陰性之人數。

(五) 其他有疤：

1. 陽性數：指經確診的指標個案之接觸者或其他原因已有卡介苗疤痕之民眾，經結核菌素測驗後，硬結反應為陽性之人數。
2. 陰性數：指經確診的指標個案之接觸者或其他原因已有卡介苗疤痕之民眾，經結核菌素測驗後，硬結反應為陰性之人數。

※反應結果請參照第六章 結核病接觸者檢查。

六、資料彙集方法及編制程序

(一) 由衛生所於每季終了5日內填報「卡介苗預防接種工作」報送縣(市)衛生局(或慢性病防治所)，並上傳NIIS系統。

1. 新生兒接種數：由各醫療院所依據該院每日登載之卡介苗接種名冊資料，每3個月彙總「卡介苗預防接種工作」報送縣(市)衛生局(或慢性病防治所)。
2. 嬰兒接種數：由衛生所資訊系統保健子系統之「預防接種統計表」分別統計戶籍內及戶籍外嬰兒數。

(二) 縣(市)衛生局(或慢性病防治所)：依據各衛生所報送之卡介苗預防接種工作季報表，連同防治所卡介苗預防接種工作，於每季終了10日內上傳NIIS系統。

七、編送對象：衛生局編製4份，1份送衛生局會計室，1份送衛生福利部疾病管制署，1份送縣市政府主計室，1份自存。

八、統計用途：提供衛生福利部疾病管制署編製公務統計報表基本資料。

嚴重複合型免疫缺乏症(SCID)新生兒篩檢同意書

嚴重複合型免疫缺乏症是因為 T 淋巴球功能異常，造成患者細胞免疫及抗體免疫功能均缺損，無法抵抗病毒及細菌感染。新生兒篩檢可以提供寶寶及早診斷及早治療的機會。

如果您有意讓寶寶接受此篩檢，請詳細閱讀 OO 新生兒篩檢中心提供的嚴重複合型免疫缺乏症衛教單張，了解其目的、方法及疾病之重要性。此外，需提醒您注意：

- ◇ 嚴重複合型免疫缺乏症在每 10 萬人的發生率約為 1.4 例。
- ◇ 嚴重複合型免疫缺乏症的寶寶若接種卡介苗(活性疫苗)，會因此感染(卡介苗性)結核菌，進而引發疾病造成後遺症或死亡。
- ◇ 我國幼兒結核病發生率約為每 10 萬人口中 1-2 例，卡介苗適合接種年齡為出生滿 5 個月。但若嬰幼兒即將前往結核病高盛行國家或有結核病接觸史，請先前往地方衛生主管機關/小兒科評估，及早接種卡介苗或潛伏結核感染治療。
- ◇ 請盡量不要讓寶寶接觸可能的結核病患者(如避免咳嗽中的親友來訪或照顧寶寶等)。

本人已詳細閱讀 OOOOOO 篩檢中心提供的嚴重複合型免疫缺乏症衛教單張，了解其目的、方法及疾病之重要性，不清楚的地方經由醫護人員解釋後已經明瞭，並同意受檢。

母親姓名：_____ 病歷號碼：_____

法定代理人簽名或蓋章：_____ 日期：____年____月____日

身份證字號或居留證號：_____

正確及快速聯絡之電話：()-_____；手機：_____

(本聯由採集醫院留存)