

M 痘疫調單

調查日期：年月日

調查人/單位：

一、基本資料：

1. 通報資料

法傳編號		通報日期 (西元年)	年月日
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 第三性別
出生日期 (西元年)	年月日	國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 其他，國籍：
發病日期 (西元年)	年月日		

是否為醫療機構人員*

☐否；

☐是，職稱：

註：*醫療機構人員包含：醫師、護理師、其他醫事人員、醫學院學生、醫院志工、清潔人員、外包人員、醫院餐廳員工、與救護人員等。

2. 職業及身分別(可複選)

- ☐學生 ☐教保/托育人員 ☐現役軍人 ☐廚師 ☐餐飲從業人員
☐飯店/旅館業之員工 ☐溫泉/SPA/泳池/三溫暖之員工
☐農業 ☐漁業 ☐伐木業 ☐營造業 ☐畜牧業(含牛、羊、豬) ☐屠宰業 ☐禽畜相關從業人員 ☐獸醫師 ☐實驗室工作人員
☐看護人員 ☐養老院/養護中心之員工 ☐救護人員 ☐醫事人員 ☐醫護人員
☐醫療廢棄物清潔人員 ☐性工作者 ☐水塔/水池清潔人員 ☐職業駕駛
☐新住民之子女，父母國籍為： ☐無業
☐其他，說明

3. 性行為模式

- ☐從未發生性行為
☐同性間性行為
☐異性間性行為
☐雙性間性行為

二、 臨床狀況：

1. 症狀(初始症狀或疾病過程中曾出現)

- ☐ 皮膚疹(除口腔與生殖器外) ☐ 口腔皮膚病灶 ☐ 生殖器皮膚病灶 ☐ 發燒
- ☐ 全身淋巴結腫大 ☐ 局部淋巴結腫大 ☐ 咳嗽 ☐ 畏寒 ☐ 喉嚨痛
- ☐ 肌肉酸痛 ☐ 腹瀉 ☐ 噁心/嘔吐 ☐ 結膜炎 ☐ 頭痛
- ☐ 關節痛 ☐ 全身倦怠 ☐ 其他(請註明)，

最早出現症狀之日期：(西元年) 年 月 日

最早出現皮疹之日期：(西元年) 年 月 日

2. 發病期間就醫歷程(含確診後安排就醫院所，如篇幅不足，請自行增列)

☐ 否；☐ 是(續填以下欄位，可複選)

門診就醫？

醫療院所名稱	日期(西元年/月/日)

住院治療？

醫療院所名稱	型態	就醫日期(西元年/月/日) (住院中不用填結束日期)	備註(非必填)
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	年月日~ 年月日	
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	年月日~ 年月日	

3. 是否有慢性疾病及相關危險因子？☐ 否；☐ 是(續填以下欄位，可複選)

- ☐ 精神疾病
- ☐ 神經肌肉疾病
- ☐ 氣喘

- ☐慢性肺疾(如支氣管擴張、慢性阻塞性肺疾等，氣喘除外)
- ☐糖尿病
- ☐代謝性疾病(如高血脂，糖尿病除外)
- ☐心血管疾病(高血壓除外)
- ☐肝臟疾病(如肝炎、肝硬化等)
- ☐腎臟疾病(如慢性腎功能不全、長期接受血液或腹膜透析等)
- ☐仍在治療中或未治癒之癌症
- ☐免疫低下狀態，說明：
- ☐懷孕：週數(週)
- ☐肥胖(BMI ≥ 30)
- ☐其他，說明

4. 是否曾接種天花或 M 痘疫苗？ ☐否；☐是（續填以下欄位）

接種原因：

- ☐過去曾接種，與本次事件無關
- ☐因本事件接種暴露前預防疫苗，疫苗名稱_____，
第一劑接種日期_____/第二劑接種日期_____
- ☐因本事件接種暴露後預防疫苗，疫苗名稱_____，
第一劑接種日期_____/第二劑接種日期_____

5. 是否同時或 12 個月內曾診斷其他性病？ ☐否；☐是（續填以下欄位）

- ☐披衣菌感染
- ☐淋病
- ☐生殖器疱疹
- ☐性病淋巴肉芽腫 (Lymphogranuloma venereum, LGV)
- ☐生殖道黴漿菌(Mycoplasma genitalium)
- ☐陰道滴蟲
- ☐生殖器疣
- ☐HIV 感染，最近一次檢驗 CD4 細胞數目：_____
- ☐梅毒

6. 是否接受 M 痘抗病毒藥物治療？ ☐否；☐是（續填以下欄位）

- ☐Tecovirimat
- ☐Brincidofovir
- ☐Cidofovir
- ☐Vaccinia Immune Globulin Intravenous (VIGIV)
- ☐其他，說明：_____

三、 發病前出國史及接觸史調查：

1. 發病前 21 天內是否曾出國：☐否 ；☐是（續填以下欄位）

曾至之國家和地點(如篇幅不足，請自行增列)：

國家/ 城市	日期起迄 (西元年/月/日)	出國型態或目的	交通工具或 航班編號及座位	若有同行者，其健 康狀況
	年月日~ 年月日	<input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 經 商 <input type="checkbox"/> 探 親 <input type="checkbox"/> 就 學 <input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 其他，請註明		<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 有症狀，請註明
	年月日~ 年月日	<input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 經 商 <input type="checkbox"/> 探 親 <input type="checkbox"/> 就 學 <input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 其他，請註明		<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 有症狀，請註明

2. 發病前 21 天內接觸史調查：

是否曾接觸有 M 痘類似症狀或確定病例：☐否 ；☐是（續填以下欄位，可複選）

接觸場所與方式為：☐ 同住 ☐ 同處工作 ☐ 校園 ☐ 醫療院所 ☐ 性接觸
☐ 其他（如派對、酒吧或大型活動等），請註明

接觸起迄日期：年月日至年月日

是否曾接觸 M 痘極可能或確定病例之呼吸道分泌物、體液（包含實驗室檢體）：
☐否 ；☐是（續填以下欄位，可複選）

接觸場所為：☐ 醫療院所 ☐ 實驗室
☐ 其他，請註明

接觸起迄日期： 年 月 日至 年 月 日

3. 發病前 21 天是否曾至醫療院所：☐否 ；☐是（續填以下欄位，如篇幅不足，請自行增列）

門診就醫？

醫療院所名稱	日期(西元年/月/日)

住院治療？

醫療院所名稱	型態	就醫日期(西元年/月/日) (住院中不用填結束日期)	備註 (非必填)
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	年月日~ 年月日	
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	年月日~ 年月日	

4. 發病前 21 天之動物接觸史調查：

是否飼養或接觸任何寵物(除嚙齒目外)：☐否 ；☐是，請註明

是否飼養或接觸任何齧齒目寵物：☐否 ；☐是，請註明

是否曾接觸或食用野生動物：☐否 ；☐是，請註明

是否有其他動物接觸史：☐否 ； ☐是，請註明_____

四、 發病後活動史與接觸者調查(接觸者定義請參照指引)：

1. 個案發病日起至隔離前活動史調查

時序	日期	國家/縣市	地點/場所	交通工具
發病前 4 日				
發病前 3 日				
發病前 2 日				
發病前 1 日				
發病當日				
發病後第 1 日				
發病後第 2 日				
發病後第 3 日				
發病後第 4 日				
發病後第 5 日				
發病後第 6 日				
發病後第 7 日				
發病後第 8 日				
發病後第 9 日				
發病後第 10 日				

時序	日期	國家/縣市	地點/場所	交通工具
發病後第 11 日				
發病後第 12 日				
發病後第 13 日				
發病後第 14 日				

2. 自個案發病日起至隔離前接觸者調查

接觸者類別	是否適用	總數	有症狀人數	備註
同住者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
性接觸者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
其他接觸者(如同病室、照護醫療人員、會發生性行為之營業場所密切接觸者，請註明)：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

五、 備註(其他補充事項)

- 個案於可傳染期期間若有下列「接觸風險等級高」之接觸者，請至接觸者健康追蹤管理系統[<https://trace.cdc.gov.tw>]維護接觸者調查資料。
 - 同住家人。
 - 曾有任何形式性接觸之性伴侶。
 - 曾在無適當防護下，皮膚或黏膜與確診病患之皮膚、黏膜或呼吸道分泌物，或可能被其污染之物品(如衣物或床單)有接觸者。
 - 於個案執行會產生飛沫微粒(aerosol)之醫療措施時，與個案同一房間或相距 2 公尺內，未穿戴 N95 面罩與護目鏡/面罩之執行醫療措施人員。
 - 清掃被污染的房間時無適當防護，可能吸入飛沫或揚塵者。
 - 實驗室操作過程中曾於無適當防護狀況下暴露於具活性的 M 痘病毒，或可能含有病毒之檢體者。
 - 被 M 痘個案使用過之尖銳物品造成穿透性傷害(如：針扎)。
- 接觸者匡列原則詳見「M 痘疫情調查及接觸者追蹤指引」。