**群聚事件預防性投藥公費藥劑使用評估申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **機構/場所名稱** |  | **群聚編號** | 雙粗線內由衛生局填寫 |
|  |  | **群聚類別** | **□類流感聚集 □上呼吸道感染群聚 □不明原因發燒群聚** |
|  |  | **群聚所在地** | **縣(市) 鄉鎮市區** | **機構/場所聯絡人及電話：** |
|  |  | **事件通報日** | **民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日** |
|  |  | **機構類別** | **□人口密集機構** | **□老人福利機構(安養、長期照顧機構)、住宿式長照機構~~)~~** **□身心障礙福利機構 □兒童及少年福利機構(托嬰中心、安置及教養機構) □精神復健機構 □護理機構(一般護理之家、精神護理之家、產後護理之家) □榮譽國民之家** **□矯正機關 □收容所** |
|  |  | **□醫療機構** | **□醫學中心 □區域醫院 □地區醫院 □其他** |
|  |  | **□學校** | **□幼兒園/幼托中心 □國小 □國中 □高中 □大專院校** **□特殊學校 □補習班/兒童課後照顧服務班與中心** |
|  |  | **□軍營/ □新訓中心**  |
|  |  | **□其他**  |
|  |  | 1. **衛生局評估之申請投藥對象**
 | **申請投藥對象註1：(描述擬投藥對象及範圍)**1. **老人福利機構、住宿式長照機構、榮譽國民之家、精神復健機構、身心障礙福利機構、兒童及少年福利機構、護理機構**

**□曾與發病個案密切接觸之流感高危險族群註2住民人數 \_\_\_\_\_\_。****□曾密切照護或接觸發病個案之流感高危險族群註2醫護人員人數\_\_\_\_\_\_、工作人員人數 \_\_\_\_\_\_。**1. **矯正機關、收容所**

**□曾與發病個案密切接觸之流感高危險族群註2收容人人數 \_\_\_\_\_\_。****□曾與發病個案密切接觸之流感高危險族群註2管理人員人數 \_\_\_\_\_\_。**1. **醫療機構**

**□曾與發病個案密切接觸之流感高危險族群註2住院病人人數 \_\_\_\_\_\_。****□曾密切照護或接觸發病個案之流感高危險族群註2醫護人員人數\_\_\_\_\_\_、工作人員人數 \_\_\_\_\_\_\_。**1. **學校、幼兒園、補習班/兒童課後照顧服務班與中心**

**□曾與發病個案密切接觸之流感高危險族群註2學生人數 \_\_\_\_\_\_。****□曾與發病個案密切接觸之流感高危險族群註2教職員工人數 \_\_\_\_\_\_。**1. **軍營或新訓中心**

**□曾與發病個案密切接觸之流感高危險族群註2軍(士)官(兵)人數 \_\_\_\_\_\_。**1. **□其他註3：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，人數：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。**

**報告單位： 衛生局 日期/時間：****衛生局承辦人： 單位主管：** |
|  | 1. **區管制中心防疫醫師審查預防性投藥公費藥劑使用建議**
 | **預防性投藥公費藥劑使用審查結果如下：****□ 同意申請。** **建議意見：****□ 不同意申請。** **建議意見：****□ 其他意見：****防疫醫師簽名**： **日期： 年 月 日** |  |
| **註1：** | **請參閱季節性流感防治工作手冊群聚事件之處理的預防性投藥建議對象。** |  |  |
| **註2：** | **(1)65歲以上長者；(2)孕婦；(3)未滿5歲幼兒；(4)具有重大傷病、免疫不全(含使免疫抑制劑、愛滋病毒帶原者)或慢性疾病(如慢性肺病(含氣喘)、心血管疾病、腎臟、肝臟、神經、血液或代謝疾病者(含糖尿病)、血紅素病變等)需長期治療、追蹤或住院者；(5)肥胖(身體質量指數body-mass index≧30)。** |  |  |
| **註3：** | **如同一範圍內原預防性投藥對象新發病個案轉治療性用藥。** |  |  |
| **註4：** | **提出本申請表時應一併檢附最新疫情調查報告，俾利審查。** |  |  |