漢生病防治工作指引

Taiwan Guidelines for Hansen's Disease

衛生福利部疾病管制署　編

審閱專家群

(依姓氏筆畫排序)

吳育弘　李品慧

孫啟璟　許明隆

詹智傑　趙曉秋

閻忠揚　鄭麗玲

衛生福利部疾病管制署　出版

2013 年 12 月

序

漢生病是一種慢性、可治癒且不容易傳染的疾病，估計全世界約有 90%的人對麻風分枝桿菌具有自然免疫力。臺灣目前每年新發生病例約為 10 例左右，已經達到世界衛生組織消除漢生病之標準。惟近年來受國際間人員往來頻繁，高發生地區外籍人士的移入，增加境外移入及傳播漢生病的風險，所以對於該疾病仍不可輕忽。

早期我國漢生病患者被強制收容並隔離治療，致國人對於該疾病普遍缺乏認知，甚至遭受社會的誤解與歧視。在人權團體及政府的共同努力下，我國對於漢生病人的人權問題逐漸改善，並於 97 年 8 月 13 日公布施行「漢生病病患人權保障及補償條例」，正式將癩(痲瘋)病更名為漢生病。

我國自 72 年起，即依據世界衛生組織的建議，對漢生病患者施予多重藥物治療(Multiple Drug Therapy, MDT)，倘依醫師指示服藥，漢生病是可以治癒，且患者經服藥後，便失去傳染性。另為增進個案就醫方便性及減輕個案就醫交通費用，除原確診及治療漢生病個案之樂生療養院外，自 98 年起亦新增包括臺大醫院、台北馬偕醫院、臺中榮民總醫院、成大醫院等四家醫院，以協助漢生病個案就醫並提供妥善之醫療照護。

惟除了上開的數家醫院外，基層/專科醫師是社區防疫之第一道防線，病人發病後就診，亟須基層醫師能儘早發現並即早轉介個案至確診及治療之專責醫院，故應能初步辨識漢生病各種時期之變化。而地方基層防疫人員亦應瞭解該疾病之防疫、個案管理及治療之進程，才能作好漢生病之整體防疫工作，為全民健康把關。

本署於 97 年編訂「漢生病防治工作指引」，其後並多次修訂。本次之修訂，承蒙臺灣皮膚科醫學會之全力協助，對參與協助編修之漢生病診治專家與資深皮膚科醫師包括吳醫師育弘、李醫師品慧、孫醫師啟璟、許醫師明隆、詹醫師智傑、趙醫師曉秋、閻醫師忠揚及本署退休同仁鄭麗玲等人，本人衷心感謝。相信這本指引，可以提供醫療及防疫人員工作時之參考依據。漢生病防治工作不能鬆懈，對於持續教育訓練、及早發現新病例、提供病患醫療資源、個案追蹤管理（公共衛生服務）等仍應持續努力，以維持多年防治漢生病之成果。

衛生福利部疾病管制署

署長 張峰義 謹識

2013 年 12 月

目錄

序…… 1

目錄…… 2

壹、 疾病介紹…… 3

貳、 漢生病型態分類…… 4

參、 漢生病治療方式…… 5

肆、 漢生病個案照護…… 9

伍、 漢生病個案之通報及確診…… 10

陸、 漢生病防治工作相關單位配合事項…… 11

一、 漢生病個案通報…… 11

二、 漢生病個案確診…… 12

三、 漢生病個案治療…… 13

四、 漢生病個案管理…… 15

五、 外籍勞工管理…… 17

柒、 附錄…… 20

漢生病通報個案處理流程…… 20

(附件一)漢生病個案確診及治療結果報告單…… 21

(附件二)申請 Levofloxacin、Moxifloxacin 免費藥物流程…… 22

(附件三)漢生病接觸者檢查轉介單…… 25

(附件四)漢生病個案就醫治療轉診單…… 26

(附件五)漢生病個案管理單…… 27

(附件六)漢生病人服藥紀錄－DOTS 日誌…… 29

(附件七)漢生病個案管理遷出通知…… 30

(附件八)○○○衛生局　函－範本…… 31

(附件九)臺灣漢生病個案國際轉介單…… 32

(附件十)專案進口藥品病患同意書－範本 …… 36

衛生福利部疾病管制署漢生病防治工作指引

中華民國九十七年十二月一日行政院衛生署疾病管制局衛署疾管核字第０九七００二二五六四號函訂頒
中華民國一００年六月二十八日行政院衛生署疾病管制局衛署疾管核字第一０００三００六四五號函修訂
中華民國一０三年一月二日衛生福利部疾病管制署疾管愛核字第一０二０三０三八０一號函修訂

壹. 疾病介紹：

一、 漢生病簡介：

漢生病俗稱麻風或癩病，1873 年挪威醫師 Hansen 發現是由抗酸桿菌－*Mycobacterium leprae*（*M. leprae*，麻風桿菌）所引起的疾病，故又稱漢生病（Hansen's disease）。

漢生病是一種可治癒且不容易傳染的慢性疾病。主要是影響人體的皮膚、周邊神經及黏膜。如果沒有及早治療，皮膚與身體其他器官會因麻風桿菌過度繁殖與發炎造成發紅、變色、變形，入侵末梢神經也會導致皮膚知覺麻木，皮膚無法感覺疼痛因此無法自我保護，當一再受到外界的種種刺激傷害而不自知時，造成肢體嚴重殘缺變形。



[資料來源：疾病管制署 Taiwan CDC 2013/09/27]

二、 傳染途徑：

漢生病真正傳染方式不明，較為廣泛接受的傳染方式係與患者長期密切接觸，或經由鼻腔、上呼吸道粘膜接觸到含有麻風桿菌的鼻腔分泌物而受到感染。

三、 潛伏期：

潛伏期從數個月到數十年不等，通常為 2～5 年；結核型 2～5 年、腫瘤型 8～12 年。

四、 臨床症狀：

早期症狀為皮膚出現紅色或白色斑塊、丘疹或小結節，患處感覺喪失；但在很早期時，皮膚感覺可能是正常的。惟倘延遲治療，晚期漢生病患者的身體器官受到嚴重的侵害，即可能造成患者失明、耳聾、爪形手、鼻樑塌陷、鬚眉掉落、獅面、肥耳、四肢潰爛、手足末端缺損等症狀。

貳. 漢生病型態分類：

一、 1953 年馬德里將漢生病分為腫瘤型（L）、中間型（B）、結核型（T）及未定型（Indeterminate，I）；1962 年 Ridley & Jopling 將（L）、（B）、（T）細分為：

（一）Lepromatous Leprosy（LL 型）腫瘤型

（二）Borderline Lepromatous Leprosy（BL 型）中間腫瘤型

（三）Borderline Leprosy（BB 型）中間型

（四）Borderline Tuberculoid Leprosy（BT 型）中間類結核型

（五）Tuberculoid Leprosy（TT 型）類結核型

TT 型與 LL 型較穩定，BT、BB 及 BL 型會隨著患者免疫力與組織切片肉芽腫變化而有相互轉變。一般往 TT 型變化，表示患者有較高免疫抵抗力，稱為升級（upgrade）；若是往 LL 型變化，則表示患者的免疫抵抗力較低，稱為降級（downgrade）。Indeterminate 是表示漢生病早期，患者的免疫系統尚未反應，皮膚病灶呈現脫色斑塊但神經症狀並不明顯，病理切片下也看不見明顯的類上皮肉芽腫反應（epithelioid granuloma）和抗酸性桿菌（acid-fast bacilli）的出現。

二、 WHO 爲便於推行 MDT（Multidrug therapy），建議依麻風桿菌數、病灶數分為多菌型和少菌型：

（一）多菌型（Multibacillary type , MB）：在身體的任何一個地方（常規檢查部位或指定部位）經抹片菌檢發現有麻風桿菌（為陽性）；或皮膚抹片陰性但有明顯皮膚病灶六個（含六個）以上者，為多菌型漢生病患。型態為腫瘤型（L）和中間型（B）。

（二）少菌型（Paucibacillary type , PB）：經確診為漢生病，但身體的任何一個地方經抹片菌檢未發現麻風桿菌（為陰性），且有明顯皮膚病灶五個（含五個）以下者，為少菌型漢生病患。型態為 T（結核型）和 I（未定型）。

（三）不易區分、或檢驗結果不詳之患者，比照多菌型漢生病病患辦理相關防治工作。

參. 漢生病治療方式：

一、 藥物治療：

（一）採用多重藥物合併療法（Multidrug therapy , MDT），不可任意停藥，個案必須服藥至醫師判為完治為止。

漢生病型態	每日服用	每月服用	治療期程
少菌型	Dapsone 100 mg	Rifampicin 600 mg	至少半年
多菌型	Dapsone 100 mg Clofazimine 50 mg	Rifampicin 600 mg Clofazimine 300 mg	至少一年

註：多菌型 MDT 服用法（每 28 天為一個月週期）；使用專案進口藥物，於用藥前，務必依同意書內容詳盡說明副作用及應注意事項等，並取得病患同意書留存（範本見第 36 頁附件十）。

- 第 1 天：一次同時服用

Dapsone 100 mg	Clofazimine 300 mg	Rifampicin 600 mg

- 第 2～28 天：每天一次同時服用

Dapsone 100 mg	Clofazimine 50 mg

（二）MDT 藥物常見副作用：

1. Rifampicin：

輕微副作用為腸胃不適、紅棕色尿，故服藥前，診療醫師應先向個案說明，使其安心；嚴重副作用包括過敏、蕁麻疹、肝炎、黃疸、紫斑症、腎衰竭、休克，醫師治療時，倘發現上述症狀，應評估是否停藥，而關懷員訪視時，亦應注意個案服藥後是否出現上述嚴重副作用，倘有疑似症狀，應立即告知醫師。

2. Clofazimine：

輕微副作用為腸胃不適、皮膚色素沉著；故服藥前，診療醫師應先向個案說明原因，一般停藥數年後，沉著的色素會逐漸消失。

3. Dapsone：

腸胃不適、貧血，必要時，醫師可提供鐵劑、葉酸；嚴重副作用為過敏、蕁麻疹及皮膚疹。

（三）治療反應不佳或復發個案之用藥選擇：

1. **Rifampicin**：

目前美國對於多菌型 Leprosy 的第一線治療建議是採取 Rifampicin 600 mg/day，合併 Dapsone 100 mg/day 和 Clofazimine 50 mg/day，請參照表一。當病人對第一線 MDT 治療反應不佳或復發時，可考慮調整 Rifampicin 為每日使用。由於 Rifampicin 會經由 Liver Cytochrome P450 3A4 (CYP 3A4)代謝，因此當每日使用時，須注意與其他經由此代謝途徑的藥物發生交互作用的情況，如口服避孕藥、類固醇等。

表一、美國對於 Leprosy 之治療建議

Disease	***Dapsone***	***Rifampicin***	***Clofazimine***	***Interval***
Paucibacillary	100 mg PO daily	600 mg PO once a month (observed)	-	6 months
Multibacillary	100 mg daily	600 mg daily	50 mg daily	2 years then stop

Reproduced with permission from: Jacobson, R and Krahenbuhl, JL. Leprosy. Lancet 1999; 353:633.

2. **Fluoroquinolones**：

雖然目前有許多 Fluoroquinolone 類藥物可用於各種不同感染症，但是有些並不能使用於 Leprosy 之治療，如：Ciprofloxacin。其中，可使用於 Leprosy 治療的藥物為：

（1） Ofloxacin 400 mg/day：

由於其使用的經驗較多，因此 WHO 已將 ROM therapy (Rifampicin-Ofloxacin-Minocycline)納入治療建議。

（2） Levofloxacin：

因已開發國家（美國或台灣）要取得 Ofloxacin 十分困難，而以 Levofloxacin 取代 Ofloxacin；雖然 Levofloxacin 可能較 Ofloxacin 殺菌效果佳，但因其使用經驗較少，目前 WHO 尚未將 Levofloxacin 納入治療建議。

（3） Moxifloxacin：

近年來，對於多菌型病人的研究中發現其殺菌效果佳，給予每日 Moxifloxacin 400 mg 15 天後，組織學上已不見菌體，皮膚病灶可迅速恢復且無明顯副作用，但其與 Rifampicin 合併治療之短程處方尚待進一步研究。

※Fluoroquinolones 類藥物之副作用包含：嘔吐、腹瀉、腸胃道不適等。

3. **Macrolides**：

Macrolides 藥物中僅有 Clarithromycin 可用於 Leprosy 治療，但其殺菌效果比 Rifampicin 差。研究顯示使用 Clarithromycin 500 mg/day，治療 28 天和 56 天可殺死 99%和 99.9%麻風桿菌。

※副作用：含噁心、嘔吐、腸胃不適、腹瀉。

4. **Minocycline**：

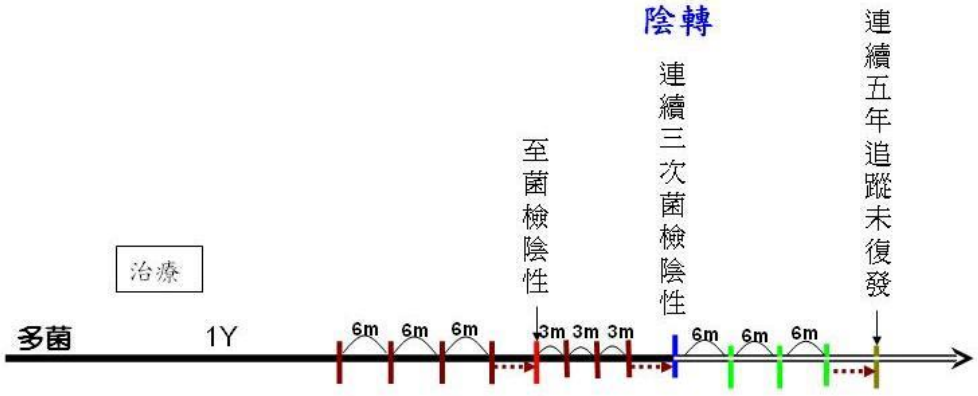
Minocycline 為 Tetracycline 類藥物中唯一被證實可有效殺死麻風桿菌。其殺菌效果較 Clarithromycin 佳，但仍比 Rifampicin 差。Minocycline 之使用方式為 100 mg/day。

※副作用：包含嬰兒與兒童牙齒脫色(八歲以下兒童不建議使用)、偶有皮膚與黏膜色素沈著、腸胃不適、頭暈或光敏感。

二、 皮膚抹片菌檢(或切片檢查)：

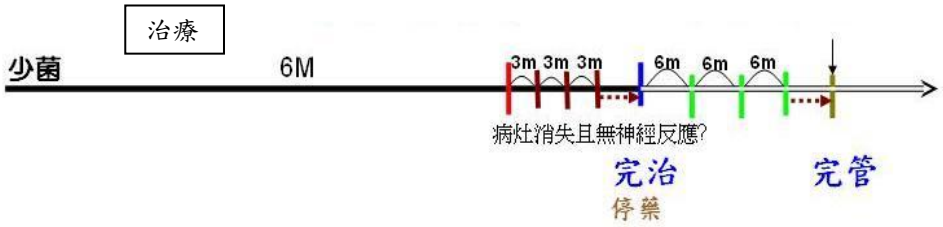
（一）最適採檢部位如下：新診斷時以新病灶為首要，後續追蹤優先順序為(1) 新病灶 (2) 舊病灶 (3) 耳垂。

（二）首次確診時，如菌檢呈陽性，則治療開始後，應每半年作一次皮膚菌檢，持續至菌檢為陰性後，改為每隔 3 個月菌檢一次，連續 3 次菌檢均為陰性時，則判陰轉，圖示如下：



[製圖者：許明隆醫師]

（三）個案首次確診時如菌檢呈陰性，則治療開始後，每間隔 3 個月實施皮膚菌檢一次，連續 3 次陰性（含確診時），則判陰性確定。



[製圖者：許明隆醫師]

三、 視力及神經學檢查：依個案臨床症狀進行相關必要性檢查。

四、 延長治療：治療中個案如藥物療程完成後，皮膚菌檢呈陰性但病灶仍未消失或皮膚抹片(或切片)菌檢仍為陽性者，可由臨床醫師決定給予適度延長治療。

五、 個案完治：指接受治療之個案，如藥物種類、劑量正確、並規則服用，且依規定療程完成治療後，由醫師診療評估臨床皮膚病灶消退及無神經反應，且皮膚抹片(或切片)菌檢結果，麻風桿菌呈現陰轉，始為完治，個案不需再服用抗漢生病藥物，但須每半年複診一次。

肆. 漢生病個案照護：

一、 預防神經損傷所造成的受損或失能（Prevention of disability，POD）：評估及記錄神經受損所造成的受損或失能；神經受損所造成的受損或失能分為：0、1、2 等級，每一個眼睛、手、腳皆有其失能等級，所以 6 個部位等級加總為總級分，代表漢生病組織受損或失能程度。

組織受損或失能程度評估表

等級	手	腳	眼睛
0 級	無	無	無
1 級	感覺喪失	感覺喪失	無
2 級	有傷口、潰瘍、爪型手、垂足及組織喪失（如手指部份功能喪失）	有傷口、潰瘍、垂足及組織喪失（如腳趾部份功能喪失）	眼睛無法閉合，或明顯的紅眼睛，或視力減弱，或失明

0 級：是指沒有發現失能的情形

1 級：是指手或腳感覺喪失（沒有包括眼睛）：因身體周邊神經受損。較常見於疾病被診斷後；腳底感覺喪失，是發展成腳底潰瘍的重要風險。在皮膚斑塊的感覺消失並不明顯。

※照護重點：穿著合適的鞋，以保護避免產生潰瘍，並避免長時間雙腳站立。

2級：是指已看得到損害或失能

（1） 眼睛的損害或失能：包括眼睛無法閉合或明顯的紅眼睛或視力減弱或失明。

（2） 手腳的損害或失能：包括有傷口、潰瘍、爪型手、垂足及組織喪失（後期才出現，如手指或腳趾部份功能喪失）。

二、 教導個案居家自我照護

（一）依醫囑按時服藥。

（二）預防神經受損造成的傷害：

1. 眼睛的照護：

（1）每天檢查眼睛是否發紅。

（2）常眨眼睛或閉眼休息，以保持角膜潮濕。

（3）外出時，戴帽子或戴太陽眼鏡以避免陽光直射和預防灰塵進入眼睛。

（4）眼睛無法閉合的個案，睡覺時使用適當的覆蓋物，以保護眼睛。

2. 手、足部的照護:

（1）檢查有無傷口；有傷口時，每天需消毒並使用乾淨的紗布覆蓋。

（2）適度的清潔皮膚、保持皮膚濕潤和彈性，並塗上凡士林或油脂，預防皮膚乾燥。

（3）工作時，戴布料手套；走路時穿合適的鞋，避免赤足或穿涼鞋。

（4）避免快行或長距離步行。

（5）如有手肌肉無力或垂足情形時，被動的伸展及運動可以預防肌肉及肌腱攣縮。當手、足部感覺喪失時，要注意接觸過熱或過冷物品會造成燙傷或凍傷，並常檢視腳底是否有任何異常皮膚病變以免造成潰瘍。

伍. 漢生病個案之通報及確診：

一、 漢生病個案通報定義：

醫師依據臨床症狀，包括：

（一）皮膚斑疹、結節、末梢神經喪失知覺或神經腫大等。

（二）病理切片或皮膚抹片檢驗發現麻風桿菌；或組織病理有符合漢生病的肉芽腫反應等。

綜合診斷為疑似漢生病個案，即應進行通報。

二、 漢生病個案確診定義：

漢生病個案診斷時應同時具備下列兩項條件：

（一）持續性的皮膚病灶上有感覺喪失或改變，或有神經腫大。

（二）皮膚抹片(或組織病理) 發現麻風桿菌，或組織病理切片有符合漢生病的肉芽腫反應。

三、 漢生病個案確診及治療機構：

（一）「漢生病個案確診及治療醫院」包括：國立臺灣大學醫學院附設醫院、馬偕紀念醫院台北院區、臺中榮民總醫院、國立成功大學醫學院附設醫院及衛生福利部樂生療養院等五家專門醫院，以方便個案就醫及接受治療。

（二）各醫療院所通報之漢生病個案（含疑似、確診及復發），應經由「漢生病個案確診及治療醫院」之皮膚專科醫師進行確診為「漢生病」陽性個案，方稱為「漢生病」個案，並進行後續治療。

陸. 漢生病防治工作相關單位配合事項：

一、 漢生病個案通報

（一）醫療機構

1. 發現漢生病個案（含疑似、確診及復發），應依傳染病防治法相關規定，於疾病管制署「傳染病個案通報系統」進行網路通報，並將檢驗結果登載於傳染病個案通報系統之「附加資訊」項下；無網路通報系統之醫療院所，則以書面方式向轄區主管機關進行通報，由轄區主管機關協助進行網路通報。

2. 檢體轉送：

（1） 採檢方式：（須由受過相關訓練之醫師或醫檢師執行）

A. 皮膚抹片：

刀劃法取皮膚組織液將刀片上的檢體抹成直徑約 5-7 mm 的圓形區於玻片上，可採自然乾燥或加熱乾燥。

B. 鼻腔黏膜或喉頭分泌物：

直接塗抹於玻片上，可採自然乾燥或加熱乾燥。

C. 病理切片檢查：

應注意所採取的標本必須包括皮膚各層及皮下脂肪。

（2） 檢體採抗酸性染色法。

（3） 所採取之組織塗抹於玻片上之標本塗點需標示清楚，並須於檢驗報告單上記載每塗點之採集部位。

（4） 公私立醫療院所將通報個案所採檢之檢體玻片（需含皮膚蠟塊檢體及染色玻片）包裝妥善，寄送轄區衛生局後，由該局寄送至「漢生病個案確診及治療醫院」或疾病管制署研究檢

驗及疫苗研製中心（下稱研檢中心）（請參照第 13 頁）。

（二）各縣市衛生局

1. 協助無網路通報系統之醫療院所登錄傳染病通報系統，進行網路通報；倘個案居住地與原通報醫院所屬衛生局不同時，原通報醫院所屬衛生局應協助轉知個案居住地縣市衛生局（下稱該管衛生局）。
2. 該管衛生局接獲各醫療院所之通報漢生病個案（含疑似、確診及復發）後，應協助轉介個案至「漢生病個案確診及治療醫院」之皮膚專科醫師進行確診。
3. 「漢生病個案確診及治療醫院」皮膚專科醫師所通報之確診個案，該管衛生局得不經轉介確診，逕予登記並開始管理。
4. 個案為外籍勞工者，請參閱「外籍勞工管理相關單位配合事項」辦理。

二、 漢生病個案確診

（一）該管衛生局

1. 協助安排漢生病通報個案轉診，並將原切片檢體（需含皮膚蠟塊檢體及染色玻片）一併轉送至「漢生病個案確診及治療醫院」進行確診（檢體應於個案前往「漢生病個案確診及治療醫院」確診前，即送達至該醫院皮膚部（科）聯絡窗口）。
2. 經確診為漢生病個案，該管衛生局應進行個案疫調及接觸者檢診，並將結果輸入疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理系統－漢生病子系統」。
3. 如個案因特殊因素無法前往醫院進行確診時，該管衛生局應請衛生福利部樂生療養院（下稱樂生療養院）派遣醫療團隊協助辦理確診工作。

（二）漢生病個案確診及治療醫院

1. 依個案臨床症狀、抹片菌檢及衛生局轉送之原個案切片檢體（或重新作切片)進行確診；個案完成確診後，應寄還原通報醫院之切片檢體（皮膚蠟塊檢體及染色玻片），並填寫「漢生病個案確診及治療結果報告單」報告單中「確診結果」（如附件一），回傳該管衛生局及疾病管制署慢性組。

2.「漢生病個案確診及治療醫院」診視後，仍無法確定診斷（含「漢生病個案確診及治療醫院」皮膚專科醫師通報疑似個案）時，則由該院函請另一家「漢生病個案確診及治療醫院」共同診斷複判，並將個案切片檢體寄送至擬協助複判之醫院。

（三）疾病管制署慢性組

依「漢生病個案確診及治療醫院」確診結果於傳染病通報系統輸入個案研判結果，知會各區管制中心有關原疑似個案已確診之訊息，並請協助督導轄區衛生局落實執行相關個管作業。

三、 漢生病個案治療

（一）漢生病個案確診及治療醫院

1. 個案確診為漢生病新案時，應協助個案申請重大傷病卡，並向個案說明應配合該管衛生局接受「直接觀察治療（DOTS）」關懷員之送藥服務，及約定個案回院複診（原則上，個案每月須回診一次，惟臨床醫師得依個案病情需要增加其回診次數；參加 DOTS 之個案，臨床醫師得依個案病情需要，評估同意其每 3 個月回診一次）。
2. 抗漢生病藥物（MDT 片裝藥物：Dapsone、Clofazimine（B663）、Rifampicin）由樂生療養院提供給其他四家「漢生病個案確診及治療醫院」。使用前，務必向病患說明服用藥物之副作用注意事項，並請其填寫同意書；其他配合治療漢生病藥物可向衛生福利部中央健康保險署申請。
3. 如治療中個案需以二線藥 Levofloxacin、Moxifloxacin 治療時，可備妥申請表（附件二），逕向疾病管制署慢性組提出申請。
4. 經醫師診治個案為「完治或完治未完管個案」，但須重啟治療時，應於「傳染病通報系統」重新通報，並填妥「漢生病個案確診及治療結果報告單」（如附件一），回傳該管衛生局及疾病管制署慢性組。
5. 對於漢生病通報個案或久治不癒之困難個案，應提供檢體送研檢中心進行麻風桿菌或藥物敏感檢測，檢體送驗相關流程如下：

（1） 檢體送驗前先致電聯繫研檢中心分枝桿菌實驗室（電話：02-27850513）。

（2） 檢驗期限為 3～10 工作日。

（3） 送驗之檢體種類及運送方式如下：

A. 石蠟包埋組織切片檢體：

→將 5-6 片石蠟切片組織檢體(要切到病灶處)。

→置入 1.5 毫升無菌離心管。

→將該管裝入夾鍊袋，以室溫保存送研檢中心進行檢測。

B. 皮膚檢體至少 2 件：

→以 15 號無菌不銹鋼刀片，刮取皮膚二處不同部位最明顯病灶處的組織檢體。

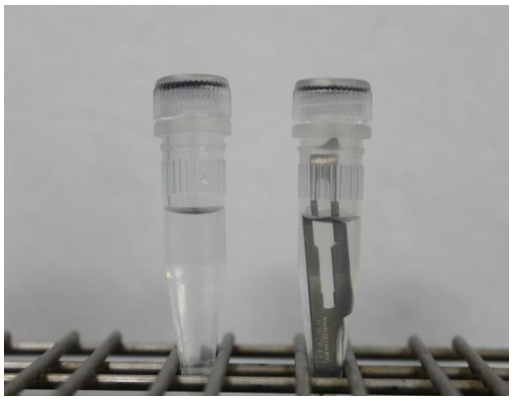
→將含有刮取組織的刀片，置入內含 1 毫升 70%酒精(防止生鏽)的 1.8 毫升螺旋離心管內。

→含刀片之螺旋管以室溫保存送研檢中心進行檢測。

註：如為高度疑似個案，建議石蠟切片與皮膚檢體一併送驗。

Molecular Detection for Leprosy and Drug Resistance





Guidelines for Global Surveillance of Drug Resistance in Leprosy. WHO

（二）該管衛生局

1. 接獲漢生病新個案時：

該管衛生局應於 7 日內進行個案收案、疫調及安排接觸者檢查（附件三），並將結果登載於疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理系統－漢生病子系統」。

2. 鼓勵治療中個案同意接受直接觀察治療（DOTS）之服務，並追蹤個案定期回院複診（治療中個案依臨床醫師囑咐回診時間，完治後個案每半年複診一次）。

四、 漢生病個案管理

（一）該管衛生局

1. 定期訪視（含失聯個案）：

（1） 治療中個案：

A. 協助安排並追蹤個案每月定期複診及共同居住者追蹤檢查。

B. 個案原則上應接受直接觀察治療(DOTS)，由關懷員送藥予個案，衛生所個案管理員至少每 2 個月面訪一次；未參加直接觀察治療(DOTS)個案，至少每月面訪一次（訪視時，可配合個案每月一次服用 Rifampicin 之時間)至個案完管。

C. 訪視工作內容：

a. 監督個案服藥之順從度，觀察病灶進步情形、副作用並教導病患及家屬相關預防保健措施。

b. 依「組織受損或失能程度評估表」，評估並記錄有無神經損傷所造成的傷害或失能，病患如肢端神經受損，應教導個案如何保護肢體、處理創口，以避免殘障，必要時，應轉介就醫。

c. 治療中之個案如發生嚴重病灶反應或藥物副作用時，應協助轉介「漢生病個案確診及治療醫院」處理；如需住院治療，應於症狀緩解後，即可出院，毋須且不得長期收容。

D. 個案由原診治醫院轉另一家醫院診治時，該管衛生局須請原診療醫院填寫「個案就醫治療轉診單」（附件四）。

（2） 完治未完管個案：

A. 協助安排並追蹤個案於每 6 個月定期複診；持續追蹤 5 年（含少菌型及多菌型）。

B. 漢生病病患經醫師判定治療完成後,應註記為「完治個案」；完治後個案，每半年訪視一次。

C. 個案追蹤期滿，如無復發跡象時，應註記為「完管個案」（可銷案並停止追蹤管理），並於「慢性傳染病追蹤管理系統－漢生病子系統」進行資料維護。

D. 訪視工作內容：

a. 注意是否出現新病灶，並教導個案及家屬相關預防保健措施。

b. 依「組織受損或失能程度評估表」，評估及記錄有無神經損傷所造成的傷害或失能，病患如肢端神經受損，應教導個案如何保護肢體、處理創口，以避免殘障，必要時，應轉介就醫。

2. 填寫「漢生病個案管理單」：

衛生所個案管理員每次訪視結果，應填寫於「漢生病個案管理單」（附件五）；接受直接觀察治療（DOTS）之漢生病個案，應加填「漢生病病人服藥紀錄（DOTS 日誌）」（附件六），並於「慢性傳染病追蹤管理系統－漢生病子系統」進行資料維護。

3. 其他相關工作事項：

（1） 個案完治、完管、重新治療、離境或死亡時，該管衛生局承辦人應知會所屬分區之疾病管制署管制中心及慢性組。

（2） 列管個案異動如搬遷居住地，原該管衛生局：

A. 應負責查明新居住地址，並於疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理系統－漢生病子系統」進行資料維護（含個案死亡）。

B. 個案遷出後 7 日內，填寫「漢生病個案遷出通知單」（附件七）及檢附個案管理相關資料，通知個案新居住地之縣市衛生局繼續管理。遷入個案之衛生局所於收到通知後，應於 7 日內完成家訪並回復遷出單位。

（二）樂生療養院

1. 應負責辦理漢生病治療用藥專案進口工作，並提供其他四家「漢生病個案確診及治療醫院」藥劑部（科）抗漢生病藥物。

2. 定期與各縣市衛生局合作，依下列規定辦理漢生病巡迴檢診工作：

（1） 巡檢對象：疾病管制署全國漢生病個案資料庫中之病患(含完管銷案個案)及其親密接觸者。

（2） 巡檢工作項目：追蹤治療情形、皮膚病灶，並教導病患及家屬相關預防保健措施。

（3） 巡檢時，如發現個案復發，應依傳染病防治法規定，於疾病

管制署「傳染病通報系統」進行個案通報。

3. 辦理醫事人員漢生病相關教育訓練工作：

（1） 教育訓練對象：醫師、醫檢師、護理人員及防疫人員等。

（2） 課程項目：漢生病診斷治療、麻風桿菌檢驗工作、漢生病防治、病患訪視技巧。

（三）疾病管制署各區管制中心(下稱區管中心)

監督及協助轄區縣市衛生局辦理有關漢生病個案管理相關事項。

（四）疾病管制署慢性組

1. 協調各縣市衛生局及「漢生病個案確診及治療醫院」有關漢生病個案通報、確診、治療及管理相關事宜。

2. 為防杜漢生病個案境外移入，應辦理外勞健檢醫師「漢生病篩檢訓練」，以加強受聘僱外國人健康檢查品質。

3. 不定期召開「漢生病個案討論會」，邀請相關專家共同審查逾期3年未完治之個案及困難個案等。

4. 經醫師診治為完治或完治未完管之個案，其後重新治療時，於收治醫院端完成「漢生病個案確診及治療結果報告單」傳真後（附件一），應副知該轄區管中心。

五、 外籍勞工管理

（一）外勞健檢醫院發現「疑似漢生病」個案：

1. 外勞健檢醫院：

（1） 通知雇主，偕同受聘僱外國人前往「漢生病個案確診及治療醫院」進行確診。

（2） 外勞健檢醫院發現個案疑似漢生病時，應於疾病管制署「傳染病通報系統」進行通報。

2. 縣市衛生局辦理健康檢查備案時：

（1） 核對疑似漢生病個案是否經「漢生病個案確診及治療醫院」確診。對於未確診之疑似個案，請其至「漢生病個案確診及治療醫院」確診，並追蹤其是否再次提交複檢備查函。對於經「漢生病個案確診及治療醫院」確診為漢生病個案及放棄確診之疑似漢生病個案，核發不予備查函，並副知行政院勞工委員會，由該會撤銷該外籍勞工之聘僱許可。

（2）對於經核發不予備查函個案，應會辦該局漢生病承辦人，並確認該健檢醫院已依循「傳染病通報系統」進行通報作業。若醫院未通報，應請醫院補通報，並註記如經規勸仍不改善，則依傳染病防治法第六十四條處新臺幣九萬元以上四十五萬元以下罰鍰。

註：收案權責單位：已通報之疑似漢生病個案，應由居住地衛生局收案辦理後續確診事項；倘通報地址非現住地，則於收案後聯絡現住地衛生局續辦。

（二）外籍勞工因病就醫，經醫院依循傳染病通報系統通報為漢生病：

衛生局於「傳染病通報系統」發現外勞漢生病個案時，應連絡雇主偕同受聘僱外國人，儘速前往「漢生病個案確診及治療醫院」進行確診。如個案確診為漢生病，且經查明非屬外勞定期健檢個案，須取得個案護照號碼，主動發函通知行政院勞工委員會，說明該名外籍勞工罹患指定傳染病，請依就業服務法第七十三條第四款廢止其聘僱許可、第七十四條第一項規定經廢止聘僱許可之外國人，應即令其出國，不得再於中華民國境內工作(範本如附件八)。

（三）外籍勞工經確診為漢生病時，請確診醫院同時開立抗漢生病片裝藥物（MDT）28 日，供個案帶回治療；該管衛生局應協助下列事項：

1. 向個案說明持續服藥完成治療之重要性。
2. 向個案說明疾病管制署將於其回國後，協助進行跨國轉介事宜：

（1）衛生局應於該個案出境後 14 日內，以密件函知區管中心，函文內容應包括個案中文姓名、個案身分證號、護照號碼、診治醫師姓名、診治醫師服務單位及診治醫師聯絡電話，並檢附以英文電腦輸入方式填妥之「漢生病個案國際轉介單（Taiwan International Hansen’s Disease Referral Form，附件九），以利區管中心確認治療現況。

（2）區管中心承辦人接獲衛生局函文後，應確認資料正確性，並會請所屬區管中心防疫醫師填具我國聯繫窗口（「漢生病個案國際轉介單」之「3. Contact information」）。函文簽辦完成後，以請辦單傳送該轉介單並移請疾病管制署疫情中心(IHR Focal Point) 進行個案回國後之聯繫事宜。IHR Focal Point 並於首次轉介通知對方國時，副知疾病管制署慢性組，

另於後續雙方國窗口聯繫事項涉及政策規範時，移請疾病管制署慢性組協助回覆。

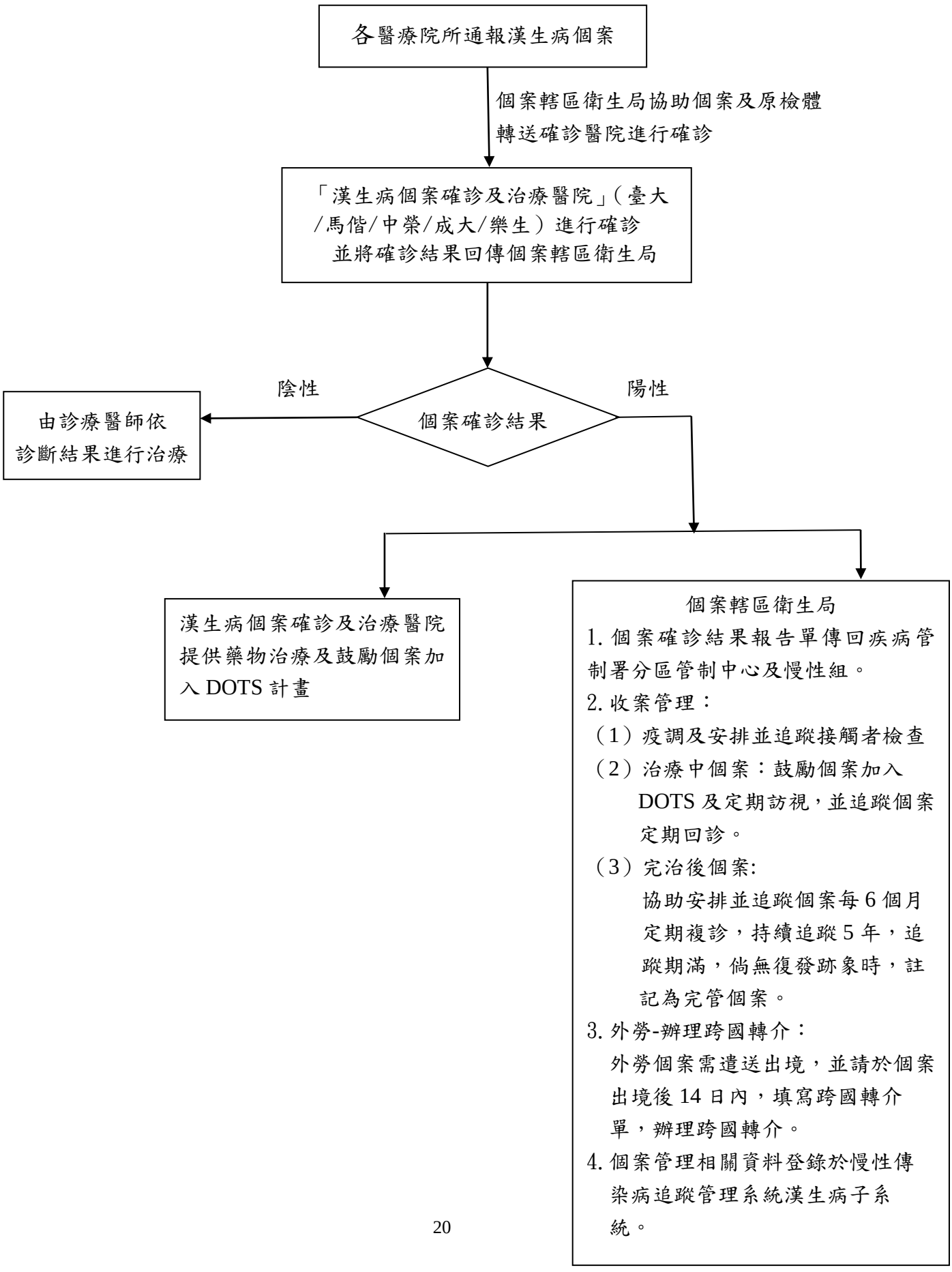
3. 追蹤個案是否離境，已離境者，應取得航空公司開立之離境證明備查，並於疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理系統－漢生病子系統」予以結案。
4. 如發現罹患漢生病之外籍勞工個案失聯，應發函通知內政部入出國及移民署（下稱移民署）各縣市服務站，並請於該署資訊系統「外僑居留檔」註記「曾為漢生病個案，查獲時，請通知當地衛生局」。
5. 縣市衛生局接獲移民署專勤隊查獲失聯之外勞漢生病個案時：

（1） 請協同移民署或警察單位安排該外勞前往「漢生病個案確診及治療醫院」就醫；並於個案等待遣返期間，衛生局應會同移民署安置個案。

（2） 倘發現失聯之外籍勞工漢生病個案，非屬轄區失聯個案時，即請通知該管衛生局。

柒. 附錄

漢生病通報個案之處理流程



附件一

漢生病個案確診及治療結果報告單

102 年 12 月改製

個案基本資料

姓名：　　身分證字號：

□ 確診結果

一、病史及症狀：

二、檢體送驗結果：

□皮膚抹片：□有做，結果：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿□未做 □其他＿＿＿＿＿＿

□組織病理切片：□有做，結果：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿□未做 □其他＿＿＿＿＿＿

三、診斷結果：

□漢生病，分型＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（□多菌型 □少菌型）

組織受損或失能程度（雙側共 0－12 級分）：＿＿＿＿級分（部位＿＿＿＿＿＿＿＿）

□非漢生病＿＿＿＿＿＿＿＿

四、確診日期：＿＿年＿＿月＿＿日　　開始治療日期 ：＿＿年＿＿月＿＿日

□ 治療結果：

□完治　　日期：＿＿年＿＿月＿＿日

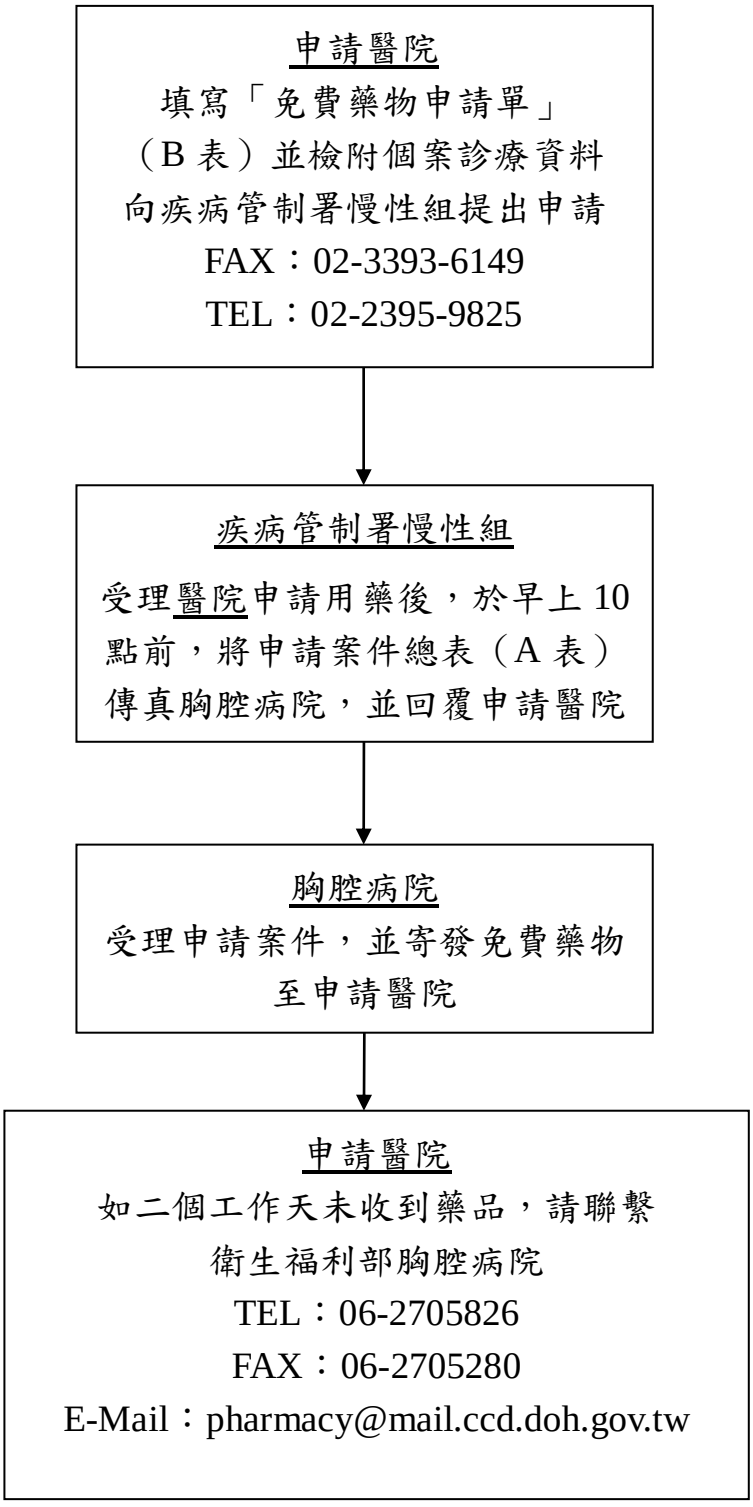
說明：

完治：指接受治療之個案，如藥物種類、劑量正確、並規則服用，且依規定療程完成治療後，由醫師診療評估臨床皮膚病灶消退及無神經反應，且皮膚抹片(或切片)菌檢，麻風桿菌呈現陰轉，始為完治，個案可停止服用抗漢生病藥物。

醫院名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿　　醫師簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿

附件二

衛生福利部疾病管制署
申請 Levofloxacin、Moxifloxacin 免費藥物流程
（漢生病個案確診及治療醫院專用）



說明　A 表*：免費藥物申請案件總表

B 表*：衛生福利部疾病管制署免費藥物申請單

A 表

衛生福利部疾病管制署

免費藥物申請案件總表

編號	個案姓名	申請醫院	收件住址	收件人	收件人電話	備註
1						
2						
3						

慢性組承辦人：　　聯絡電話：　　傳真日期：

寄送日期（胸腔病院寫）：

B 表

衛生福利部疾病管制署
漢生病免費藥物申請單

申請醫院：　　申請醫師簽章：　　醫院聯絡人：

聯絡電話：　　傳真：　　醫院地址：

申請日期：　　開始使用免費藥日期：　　**（限加入 DOTS 個案）**

個案姓名：　　出生年月日：　　身分證字號：

體重：_____kg　（健保 有□ 無□）

藥品名稱	單位	次劑量	用法	天數	總量
Levofloxacin 500mg/100mg(請圈選)	錠				
Moxifloxacin 400mg	錠				

申請免費藥理由：

□個案治療效果不佳　□復發個案　□_____抗藥性／副作用

□初次申請免費藥（以 30 天為上限）

□再次申請免費藥（第___次申請）

□情況已穩定，欲申請藥量共　　天（以 90 天為上限）。

自主檢核是否依照申請方式檢附所需申請文件(請確實勾選並核對)：

初次申請：□詳附醫院病歷摘要(內容須註明**□個案用藥史□藥物感受性試驗結果□其他病史□生化檢驗)。**

再次申請：□詳述個案服藥情形／治療計畫

慢性組承辦人:　　聯絡電話：　　傳真：

注意事項：

一. 個案資料、申請免費藥理由，請務必填寫清楚。次劑量、用法、天數、總量請依據參考劑量作初步審核，以減少錯誤及後續作業的延遲。

二.免費藥物建議劑量及用法：

藥品	**每日劑量 (最大劑量)**	劑量		每月用量	包裝
		(50 公斤以下)	(50 公斤以上)		
Levofloxacin（500mg）	7.5-10mg/Kg (500~1000 mg)	1#(qd)	1.5#(qd)	30-45#	100#/盒
Moxifloxacin（400mg）	400mg	1#(qd)	1#(qd)	30#	5#/盒

附件三

漢生病接觸者檢查轉介單

一、接觸者基本資料：

姓名：_____　　身分證字號：_____

性別：　□男　□女　　出生日期：____年___月___日

二、指標個案基本資料：

傳染病通報系統電腦編號：　　確診日期：____年____月____日

漢生病型態：_____（□多菌型 □少菌型）

以上由衛生局所個案管理人員填寫

三、接觸者檢查:

1.檢查方式：　□視診　□皮膚抹片　□皮膚切片

2.檢查結果:

□正常

□異常：□疑似漢生病 □漢生病（是否通報：□已通報 □未通報）

3.檢查結果建議：□每　　年定期追蹤 1 次　□須接受治療

醫院名稱：_____　醫師簽章：_____檢查日期：___年___月___日

轉介單位：_____縣(市)_____衛生所

聯絡人：_____　　聯絡電話：_____

填寫日期：___年___月___日

備註- 第一聯：醫療院所黏貼於個案病例上，第二聯：交回衛生所(醫療院所逕寄或由個案交回)

附件四

漢生病個案就醫治療轉診單

一、個案基本資料：

姓名：　　年齡:　　性別:　　身分/居留證號：＿＿＿＿＿＿

二、病人臨床資料：

（一）確診日期：　年　月　日　　開始治療日期　：　年　月　日

（二）漢生病型態：＿＿＿＿＿＿＿＿（□多菌型 □少菌型）

（三）目前臨床症狀：

（四）初次及最近三次檢體送驗結果：

日期	檢查方式 （皮膚抹片或切片）	結果

（五）目前治療情形：

1. 個案是否規則回診：□是　　□否
2. 最後一次治療：

日期：

治療藥物(名稱/劑量/用法/使用天數)：

（六）治療計畫：

（七）其他補充意見：

治療醫院：＿＿＿＿＿　醫師簽章：＿＿＿＿＿填寫日期：＿＿年＿＿月＿＿日

轉介單位：　　縣(市)　　衛生所，聯絡人：　　聯絡電話：

附件五

漢生病個案管理單–第____頁

姓名：_____ 身份證字號：_____

病型：□多菌型□少菌型 開始治療日期：____年__月__日 完治日期：____年__月__日

治療用藥：□每天一次 Dapsone ____mg □每天一次 Clofazimine ____mg

□每月一次 Rifampicin ____mg □每月一次 Clofazimine ____mg

一、 定期訪視（治療中）：

訪視日期	訪視方式		訪視未遇	規則服藥		副作用		病灶			評估神經損傷所造成的害傷或失能		辦理衛教		治療醫院	備註
	面訪	電訪		是	否	有	無	改善	不變	惡化	級數（0-6 級）	部位說明	有	無		

衛生所調查人_____ 聯絡電話：_____ 調查日期：___年___月___日

_____衛生局核章：_____ 聯絡電話：_____

※本頁如不敷使用，請影印加頁，並於頁首註明頁數

二、 完治後追蹤

訪視日期	訪視方式		訪視未遇	病灶			評估神經損傷所造成的害傷或失能		辦理衛教		複診醫院	備註
	面訪	電訪		改善	不變	惡化	級數（0-6 級）	部位說明	有	無		

三、 結案歸轉：

	完管	死亡	移民/出境
日期（年/月/日）			

衛生所調查人_____聯絡電話：_____調查日期____年____月____日

_____衛生局核章：_____聯絡電話：_____

＊ 本頁如不敷使用，請影印加頁，並於頁首註明頁數

附件六

漢生病人服藥紀錄(DOTS 日誌)

衛生局				都治單位			
病患姓名		年齡		性別		身份證字號	
住址							
住家電話				行動電話			

服藥紀錄：　菌型：□多菌　□少菌　　開始治療日期：　　年　　月　　日

月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	關懷員簽名	個案管理人簽名

填表符號說明：

1.親自看著病患服藥請在當日□以∨表示　2.病患自己服藥請在當日□以△表示　3.未服藥請在當日□以X表示

附件七

漢生病個案管理遷出通知單

遷出單位_____縣（市）_____衛生所

身分證字號	姓　名	遷　入　地　新　址（電話） 戶　籍　地　址（電話）	遷出日期

茲有上列個案於　年　月　日遷至　貴轄區管理(附個案管理相關資料影本乙份)，惠請追蹤並請將情況回覆（　年　月　日前)，此致

_____縣（市）_____衛生所　　個案管理者：_____（職章）

聯絡電話：_____ 傳真：_____　　年　月　日

漢生病個案管理遷出回覆單

處理情形：□遷入
_____縣（市）_____衛生所遷出

身分證字號	姓　名	是否收案	未收案/未代管理 原因

_____縣（市）_____衛生所　個案管理者：_____（職章）
聯絡電話：_____ 傳真：_____　年　月　日

※ 遷入單位收到本通知單後，請於七日內處理完畢，傳真回覆遷出衛生所，並於系統中更新管理單位。

※ 收到遷出通知單回聯後，如經查詢該案管理單位尚未更新，可傳真遷出通知單回聯請遷入單位疾病管制署該管分區管制中心更新管理單位。

傳真號碼：　臺北區管制中心 02-27851783　北區管制中心 03-3982913
中區管制中心 04-24753683　南區管制中心 06-2906714
高屏區管制中心 07-5574664　東區管制中心 038-224732

附件八

○○○衛生局 函 （範本）

地址:○○○○○○○○○
承辦人：○○○○○○
電話：○○○○○○
傳真：○○○○○○
電子信箱：○○○○○○

受文者：行政院勞工委員會等

發文日期：中華民國○○年○○月○○日
發文字號：
速別：
密等及解密條件或保密期限：密（附件抽存後解密）
附件：個案通報乙份

主旨：有關雇主○○○君聘僱之印尼籍外籍勞工○○○(護照號:○○○○○,居留證號:○○○○○),其健康檢查經確認為漢生病,敬請　貴會依法廢止其聘僱許可，請　查照。

說明：

一、 依「就業服務法」第七十三條第四款，雇主聘僱之外國人罹患經中央衛生主管機關指定之傳染病，廢止其聘僱許可，及第七十四條第一項規定經廢止聘僱許可之外國人，應即令其出國，不得再於中華民國境內工作。

二、 查該外籍勞工於○○年○○月○○日經○○○醫院檢查結果確診為漢生病，該院予以抗漢生病用藥治療。

三、 依內政部「禁止外國人入國作業規定」，漢生病患者管制入境至痊癒之日。旨揭勞工返回母國後，仍需繼續治療至痊癒，取得母國衛生當局核發之「漢生病個案管理及完治證明」，並經我國駐外館處驗證，送交入出國及移民署，始得解除入境管制。

四、 檢附○○○君於○○醫院確診結果資料影本乙份。

正本：行政院勞工委員會
副本：○○○君、內政部入出國及移民署○○○服務站、
衛生福利部疾病管制署

附件九

Taiwan International Hansen's Disease Referral Form

TO: *Health Officer, Physician, or Hansen's disease Control Personnel of*_____(Country):
The individual named below is a Hansen's disease patient and started on treatment in Taiwan. Please make sure that the patient completes a full course of treatment. Thank you very much for your cooperation.

1. Patient's basic information:

(1) Name	First Name:_____ Last Name:_____
(2) Sex/ Date of birth	☐ Male ☐ Female / _____/____/____ (year/month/day)
(3) Passport No.	
(4) Flight arrival info.	Date:_____/____/____ Flight No.:_____
(5) Address	
(6) Telephone	
(7) Contact person	First Name:_____ Last Name:_____ The relationship to the patient:_____ Telephone: _____

2. Patient's clinical information:

(1) Diagnosis date	_____/____/____ (year/month/day)
(2) Classification of disease	☐Paucibacillary type ☐Multibacillary type
(3) Site(s) of disease	
(4) Initial and recent test results	(ex: skin smears、skin biopsy)

Date	Test	Result
_____/____/___		
_____/____/___		
_____/____/___		
_____/____/___		
_____/____/___		
_____/____/___		

(5) Current medications	

Start Date	Drug	Dose	Frequency	Duration
____/____/____				
____/____/____				
____/____/____				
____/____/____				
____/____/____				
____/____/____				

(6) Treatment plan	

Planned Stop Date	Drug	Dose	Frequency	Duration
____/____/___				
____/____/___				
____/____/___				
____/____/___				
____/____/___				
____/____/___				

(7) Any other comments	

3. Contact information:

If you have any further questions, please contact the following person who is in charge of the international referral affairs in Centers for Disease Control, Taiwan.

(1) Name	☐ Dr./ ☐ Mr./ ☐ Ms.
(2) Address	
(3) Telephone	
(4) Fax	
(5) E-mail	

Taiwan International Hansen's Disease Referral Form

(臺灣漢生病個案國際轉介單)

TO: *Health Officer, Physician, or* ***Hansen´s disease*** *Control Personnel of*_____(Country):
(致 _____(對方國家名)*的健康照護者、醫師或漢生病防治人員*)：

The individual named below is a ***Hansen´s disease*** *patient and started on treatment in Taiwan. Please make sure that the patient completes a full course of treatment. Thank you very much for your cooperation.*
(下列人士為一名漢生病個案，並已開始在台灣進行治療，煩請確使其能完成治療，非常感謝您的配合。)

1. Patient's basic information:(病人基本資料)

(1) Name(姓名)	First Name:(名)_____ Last Name:(姓)_____
(2) Sex(性別)**/ Date of birth**(生日)	☐ Male(男) ☐ Female(女) ____/__/__ (year/month/day) (出生年/月/日)
(3) Passport No. (護照號碼)	
(4) Flight arrival info. (班機抵達資訊)	Date:(抵達日期)___/__/__ Flight No.:(班機代號)_____
(5) Address(地址)	(請填病人移居對方國後新地址)
(6) Telephone(電話)	(請填病人移居對方國後新聯絡電話)
(7) Contact person (病人之聯絡人)	First Name:(名)_____ Last Name:(姓)_____ The relationship to the patient:(與病人之關係)_____ Telephone:(電話) _____

2. Patient's clinical information:(病人臨床情形)

(1) Diagnosis date (診斷日期)	___/__/__ (year/month/day) (年/月/日)
(2) Classification of disease(疾病分類)	☐Paucibacillary type ☐Multibacillary type
(3) Site(s) of disease (病灶部位)	
(4) Initial and recent test results (初次及近期檢查結果)	Date (日期) / Test(檢查方式) / Result(結果) _____/___/_____ _____/___/___ _____/___/___ _____/___/___ _____/___/___ (ex: skin smears、skin biopsy) (方式例如：皮膚抹片、皮膚切片)

(5) Current medications (目前治療情形)

Start Date (開始治療日期)	Drug (藥物名)	Dose (劑量)	Frequency (用法)	Duration (使用天數)
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				

(6) Treatment plan (治療計畫)

Planned Stop Date (預計停藥日期)	Drug (藥物名)	Dose (劑量)	Frequency (用法)	Duration (使用天數)
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				
___/___/___				

(7) Any other comments (其他補充意見)

3. Contact information:(聯絡資料：此部分衛生局無須填寫)

If you have any further questions, please contact the following person who is in charge of the international referral affairs in Centers for Disease Control, Taiwan.

(若您有任何進一步的疑問，請聯繫下列台灣疾病管制署負責本業務的人員。)

(1) Name(姓名)	☐ Dr.(醫師)/ ☐ Mr.(先生)/ ☐ Ms.(小姐)
(2) Address(地址)	
(3) Telephone(電話)	
(4) Fax(傳真)	
(5) E-mail(電子信箱)	

附件十

抗漢生病專案進口藥品病患同意書 (範本)

病例號碼：_____

姓名：_____ 生日：_____ 年齡：____ 性別：____

一、 本人同意接受以下藥品作為漢生病治療

□ **Diaminodiphenylsulfone（商品名 Dapsone®）**

□ **Rifampicin（商品名 Rimactane®）**

□ **Clofazimine（商品名 Lamprene®）**

□ _____

二、 上述藥品為世界衛生組織建議之標準用藥，目前尚未取得國內衛生福利部之核准上市證明。若本人因為服用此藥品而引起損害，將無法獲得藥害救濟賠償，本人願自行負責。

三、 醫師已向我說明藥物可能的副作用、相關注意事項及預期療效；我瞭解這項治療係醫師認為目前對於我的疾病最好的治療藥物，且漢生病為法定傳染病，若未治療則有傳播他人之風險，醫師將只在對我有益的情況下才繼續使用此藥治療。

此致

_____（醫院名稱）

立同意書人(簽章)：

身份證字號：

住　　址：

電　　話：

醫　　師：