

## 跨國轉介作業

為善盡國際防疫道義及通報責任，並協助結核病個案延續治療，當個案預定移居、已移居或因工作長期駐留他國時，將進行跨國轉介通知。

一、結核病個案同時符合以下條件者，始予轉介：

- (一) 具 中華民國 國籍 (含雙重國籍) 或 中華民國 國民之外籍配偶個案確認將移居他國 1 年以上或未達 1 年 (依實際情形研判轉介需求)、或不具 中華民國 國籍之外籍人士返回母國或移居他國。
- (二) 個案痰或組織檢體檢驗培養確認為結核桿菌，且塗片、培養、鑑定及藥敏試驗均已完成登錄。

二、各單位權責及分工

(一) 管理單位衛生所：

1. 向個案說明持續服藥完成治療之重要性，符合轉介條件者，應告知個案：「疾管署將於其入該國國境後，協助進行轉介事宜」。
2. 檢視個案初痰或組織檢體檢驗 (含塗片、培養、鑑定及藥敏試驗) 是否已完成結果登錄；符合轉介條件者，需提供出境證明文件予衛生所人員上傳於追管系統「跨國轉介憑證」位址。
3. 於追管系統新增跨國轉介單，並依轉介單格式要求，提供相關訊息並於系統線上送出至該管衛生局審核。

(二) 管理單位衛生局：

1. 定期於追管系統公佈欄查閱轉介名單，並確認資料正確性。
2. 出境前檢驗結果已完成者，應於出境後之 14 日工作天內完成轉介單之審核。
3. 檢驗結果未完成而個案已出境者，應於檢驗結果登錄 14 日工作天內完成跨國轉介單之審核、並送管制中心審核。

(三) 疾管署：

1. 定期於追管系統公佈欄查閱轉介名單，並確認資料正確性。
2. 管制中心審核完畢後，將轉介單傳送至疫情中心 (IHR Focal Point) 進行後續移居國之聯繫事宜。
3. IHR Focal Point 於後續雙方國窗口聯繫事項涉政策規範時，移請慢性組協助回覆。

一、其他注意事項：

- (一) 追管系統跨國轉介功能僅記載各收送資料單位之最後一筆資料/承辦人員姓名，至各機關之內部陳核過程，則以紙本完成並自行留存作為紀錄。
- (二) 完成轉介作業，且經疾管署管制中心確認轉介內容無誤後，即可辦理銷案。
- (三) 如有不符前述轉介條件、然基於其他公共衛生目的須辦理轉介者，則循紙本方式辦理。

- (四) 具 中華民國 國籍 (含雙重國籍) 或 中華民國 國民之外籍配偶，需以個案之簽署聲明佐證作為個案移居期間之證明資料。如未經查證逕自轉出銷案，致使個案 1 年內重新開案者，則以取消銷案繼續管理方式處理。
- (五) 具 中華民國 國籍 (含雙重國籍) 或 中華民國 國民之外籍配偶個案確認將移居他國未達 1 年，然因實際情形或對方國合作需求，須進行跨國轉介者，請管理單位衛生局及管制中心依序辦理轉介作業，但個案管理暫不銷案，請管理單位衛生局持續追蹤返國時程和治療狀況。
- (六) 個案出境後，復返台致須重新開案者，以結核病防治工作手冊「第二章個案通報登記」中規範之重開案審查作業方式處理。

## Taiwan International Tuberculosis Referral Form

TO: Health Officer, Physician, or Tuberculosis Control Personnel of \_\_\_\_\_ (Country) :  
 The individual named below is an active tuberculosis 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:

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

### 2. Patient's clinical information:

<b>(1) Diagnosis date</b>	_____ / ____ / ____ ( year/month/day )																					
<b>(2) Classification of disease</b>	<input type="checkbox"/> New Case <input type="checkbox"/> Re-treatment Case ➤ (if Re-treatment checked) Patient's prior TB history and treatment: _____ _____																					
<b>(3) Site (s) of disease</b>	<input type="checkbox"/> Pulmonary <input type="checkbox"/> Extra-pulmonary: _____																					
<b>(4) Initial and recent test results</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 33%;">Date</th> <th style="width: 33%;">Test</th> <th style="width: 33%;">Result</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>( ex: sputum or other smears, cultures, susceptibility test, and radiographs )</p>	Date	Test	Result	_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____		
Date	Test	Result																				
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						

<b>(5) Current medications</b>	<b>Start Date</b>	<b>Drug</b>	<b>Dose</b>	<b>Frequency</b>	<b>Duration</b>
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
<b>(6) Treatment plan</b>	<b>Planned Stop Date</b>	<b>Drug</b>	<b>Dose</b>	<b>Frequency</b>	<b>Duration</b>
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
<b>(7) Any other comments</b>					

**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.*

<b>(1) Name</b>	<input type="checkbox"/> Dr./ <input type="checkbox"/> Mr./ <input type="checkbox"/> Ms.
<b>(2) Address</b>	
<b>(3) Telephone</b>	
<b>(4) Fax</b>	
<b>(5) E-mail</b>	

# Taiwan International Tuberculosis Referral Form

(台灣結核病個案國際轉介單)

TO: Health Officer, Physician, or Tuberculosis Control Personnel of \_\_\_\_\_ (Country):  
(致 \_\_\_\_\_ (對方國家名) 的健康照護者、醫師或結核病防治人員):

The individual named below is an active tuberculosis 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.

(下列人士為一名活動性結核病個案，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)	<input type="checkbox"/> Male (男) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> New Case (新個案) <input type="checkbox"/> Re-treatment Case (再治個案) ➤ (if Re-treatment checked) Patient's prior TB history and treatment: _____ (若勾選再治個案) 病人前次結核病史及治療史: _____		
(3) Site (s) of disease (病灶部位)	<input type="checkbox"/> Pulmonary (肺內) <input type="checkbox"/> Extra-pulmonary: (肺外) _____ (請填肺外部位)		
(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: sputum or other smears, cultures, susceptibility test, and radiographs) (方式例如：痰或其他檢體塗片、培養、藥敏試驗、放射線影像檢查)																																			
(5) Current medications (目前治療情形)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Start Date (開始治療日期)</th> <th>Drug (藥物名)</th> <th>Dose (劑量)</th> <th>Frequency (用法)</th> <th>Duration (使用天數)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Start Date (開始治療日期)	Drug (藥物名)	Dose (劑量)	Frequency (用法)	Duration (使用天數)	___/___/___					___/___/___					___/___/___					___/___/___					___/___/___					___/___/___				
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)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Planned Stop Date (預計停藥日期)</th> <th>Drug (藥物名)</th> <th>Dose (劑量)</th> <th>Frequency (用法)</th> <th>Duration (使用天數)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>___/___/___</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Planned Stop Date (預計停藥日期)	Drug (藥物名)	Dose (劑量)	Frequency (用法)	Duration (使用天數)	___/___/___					___/___/___					___/___/___					___/___/___					___/___/___					___/___/___				
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)	<input type="checkbox"/> Dr. (醫師) / <input type="checkbox"/> Mr. (先生) / <input type="checkbox"/> Ms. (小姐)
(2) Address (地址)	
(3) Telephone (電話)	
(4) Fax (傳真)	
(5) E-mail (電子信箱)	