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分枝桿菌，且塗片、培養、鑑定及藥物感受性試驗均已完成登錄。

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、鑑定及藥物感受性試驗)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公衛管理人員上傳於結核病追蹤管理系統(下稱 TB 系統)之專案管理/表單上傳管理/表單上傳，上傳「檔案類別」請選擇「IHR 及跨國轉介憑證留存」。
3. 於 TB 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 TB 系統查閱轉介名單，並確認資料正確性。
2. 出境前檢驗結果已完成者，應於個案出境後之 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、並送區管制中心審核。

(三) 疾管署：

1. 定期於 TB 系統查閱轉介名單，並確認資料正確性。
2. 區管制中心審核完畢後，由疫情中心 International Health Regulations (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，移請慢性組協助回復。

三、 其他注意事項：

(一) TB 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，至於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，且經疾管署區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區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，復返臺致須重新開案者，以第五章「結核病個案通報登記」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:

（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	☐ New Case ☐ Re-treatment Case ➢ *（if Re-treatment checked）* Patient's prior TB history and treatment: _____ _____
（3）Site（s） of disease	☐ Pulmonary ☐ Extra-pulmonary:_____
（4）Initial and recent test results	Date / Test / Result _____/____/___ / /
	_____/____/___ / /
	_____/____/___ / /
	_____/____/___ / /
	_____/____/___ / /
	_____/____/___ / /
	（ex: sputum or other smears, cultures, susceptibility test, and radiographs）

（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 Tuberculosis Referral Form

（臺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，並已開始在臺灣進行治療，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）	☐ New Case（新個案） ☐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）	☐Pulmonary（肺內）☐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、藥物感受性試驗、放射線影像檢查）
（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，請聯繫下列臺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）	