

附件5.

M 痘疫苗申請單

基本資料			
申請日期	__年__月__日		
申請單位	衛生局	承辦人：	
聯絡電話		傳真：	
送貨地址 (有配送需求時填寫)			

接種人數 (名單如附件)	申請疫苗數量	同意使用 疫苗數量	疫苗來源
皮內：__人 皮下：__人	皮內：__瓶 皮下：__瓶	同意使用__瓶，請 依先進先出原則 辦理。	<input type="checkbox"/> 使用本區管中心所轄衛生局或合作醫療院所庫存疫苗。 庫存地點：_____ <input type="checkbox"/> 使用_____區管中心所轄衛生局或合作醫療院所庫存疫苗。 庫存地點：_____ <input type="checkbox"/> 疫苗不足，區管中心向疾管署申請由合約倉儲公司配送疫苗。 指定撥配地點：_____ <input type="checkbox"/> 民眾已自行至_____院所/衛生所預約__年__月__日接種疫苗 <input type="checkbox"/> 其他情形說明：_____
申請人核章		申請單位主管核章	
區管中心審核承辦人核章		區管中心審核主管核章	
<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意			

備註：

1. 基本資料請以正楷確實填寫清楚。
2. 同意使用疫苗數量、來源欄位由疾管署區管中心填寫。請衛生局完成填寫後將申請單(含附件5及附件5-1)掃描電子檔以 Email 方式送所轄區管中心審核。如區管中心評估所轄疫苗不足，由區管中心以 Email 方式(slong352@cdc.gov.tw)向疾管署慢性組申請撥配疫苗，申請時請同時以電話通知疾管署蘇小姐(Tel: 02-23959825#3043)。
3. 完成接種後，接種單位應當日儘速將接種資料上傳至「全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)」或交付所在地衛生局完成資料(紙本或制式可匯入檔案)傳送，俾利衛生局掌握個案接種情形並進行後續接種劑次之追蹤。

附件5-1. M 痘疫苗申請單-附件名單

(本表適用可掌握名單之暴露後預防 PEP 及 PrEP 接種對象，不含確診個案之同住者及性接觸對象)

姓名	出生日期	身分證號	符合接種對象類別	預定接種時間
			<input type="checkbox"/> 暴露前預防(PrEP) <input type="checkbox"/> _____實驗室； <input type="checkbox"/> 與確診 M 痘個案曾有任何形式性接觸之高風險接觸者 <input type="checkbox"/> 照顧 M 痘確診個案之醫療照護與清消人員，以及協助疑似 M 痘個案檢體採檢或執行 M 痘疫苗接種作業人員。 <input type="checkbox"/> 暴露後預防(PEP) 傳染病通報單編號：_____之高風險接觸者 <input type="checkbox"/> 其他特殊狀況經疾管署同意者(檢附醫療網區指揮官審核文件)	<input type="checkbox"/> 第一劑：_年_月_日_時 <input type="checkbox"/> 第二劑：_年_月_日_時
			<input type="checkbox"/> 暴露前預防(PrEP) <input type="checkbox"/> _____實驗室； <input type="checkbox"/> 與確診 M 痘個案曾有任何形式性接觸之高風險接觸者 <input type="checkbox"/> 照顧 M 痘確診個案之醫療照護與清消人員，以及協助疑似 M 痘個案檢體採檢或執行 M 痘疫苗接種作業人員。 <input type="checkbox"/> 暴露後預防(PEP) 傳染病通報單編號：_____之高風險接觸者 <input type="checkbox"/> 其他特殊狀況經疾管署同意者(檢附醫療網區指揮官審核文件)	<input type="checkbox"/> 第一劑：_年_月_日_時 <input type="checkbox"/> 第二劑：_年_月_日_時
			<input type="checkbox"/> 暴露前預防(PrEP) <input type="checkbox"/> _____實驗室； <input type="checkbox"/> 與確診 M 痘個案曾有任何形式性接觸之高風險接觸者 <input type="checkbox"/> 照顧 M 痘確診個案之醫療照護與清消人員，以及協助疑似 M 痘個案檢體採檢或執行 M 痘疫苗接種作業人員。 <input type="checkbox"/> 暴露後預防(PEP) 傳染病通報單編號：_____之高風險接觸者 <input type="checkbox"/> 其他特殊狀況經疾管署同意者(檢附醫療網區指揮官審核文件)	<input type="checkbox"/> 第一劑：_年_月_日_時 <input type="checkbox"/> 第二劑：_年_月_日_時

附件5-2. M 痘疫苗申請單-附件醫療網區指揮官審核文件

其他特殊狀況之 M 痘疫苗申請單

申請日期： 年 月 日

基本資料			
姓名			
出生日期	__年__月__日	身分證號	
性別		聯絡電話/手機	
申請原因說明	(非目前使用方案定義之暴露前預防(PrEP)及暴露後預防(PEP)對象)		
申請單位	衛生局		
申請人			
申請單位主管			
醫療網區指揮官 審核結果	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 說明：		
醫療網區指揮官簽名			

備註：

本申請單由衛生局提出申請，填寫 M 痘疫苗施打者之基本資料、申請原因後以 Email 或傳真方式予轄管的區管中心並電話通知區管中心；區管中心將本申請單送醫療網區指揮官審核