「抗藥性結核病醫療照護體系」轉介暨評估單

由衛生局/所填寫

填報單位		病人姓名	
轉入醫院		病人身分證字號	
轉出醫院		病人聯絡電話	
病人地址			
收案類別	□第一類：□MDR-TB、□RR-TB 且 FLQ 抗藥 □第二類：□RR-TB、□任三抗 □第三類：□使用 KM、□使用 AM □第四類：INH 抗藥及任一線抗藥（RMP 除外），且併同使用 FLQ □第五類：病例討論核定之結核病困難個案 第六類：MDR-TB 病人接觸者潛伏結核感染治療(請填「TB 接觸者就醫轉介單」)		
檢驗結果	塗片：□陽性 □陰性 培養：□陽性 □陰性 □已驗未出 抗藥檢驗方式：□分子檢測 □傳統藥敏 抗藥結果：□INH □RMP □其他_____		
報告實驗室		檢驗報告日期	
病人簽名		衛生局(所)承辦人簽章	
說明	建議轉入「抗藥性結核病醫療照護體系」接受治療。		

通知團隊醫院日期：　　年　　月　　日

團隊醫院填寫下聯，於收到後 1 個月內以傳真回復衛生局及轄區疾管署區管中心。

由團隊醫院填寫

收件日期		回復日期	
評估結果	□收案 □無法收案 理由： 評估人：_____ 團隊主持人：_____		

(此欄由衛生局收到後填寫)
通知書發放日期：　　年　　月　　日

承辦人員核章：　　承辦科（課）長核章：　　主管機關首長核章：