抗藥性結核病醫療照護體系

區域	主責醫院/單位	合作醫院
臺北區	臺北市立萬芳醫院	馬偕紀念醫院 衛生福利部臺北醫院 臺北市立聯合醫院和平院區 衛生福利部雙和醫院
北區	衛生福利部桃園醫院	衛生福利部桃園醫院新屋分院 新竹臺大分院新竹醫院 新竹臺大分院生醫醫院
中區	衛生福利部彰化醫院	衛生福利部臺中醫院 衛生福利部南投醫院 彰化基督教醫院 臺中榮民總醫院 中山醫藥大學附設醫院 中國醫藥大學附設醫院
南區	衛生福利部胸腔病院	成功大學醫學院附設醫院 衛生福利部臺南醫院 臺中榮民總醫院灣橋分院 衛生福利部嘉義醫院 雲林基督教醫院 衛生福利部旗山醫院 高雄榮民總醫院
高屏區	高雄醫學大學附設中和紀念醫院	高雄市立民生醫院 高雄市立大同醫院 衛生福利部屏東醫院 高雄市立小港醫院 衛生福利部澎湖醫院
東區	中華民國防癆協會	花蓮慈濟醫院 門諾醫院 台東馬偕紀念醫院 衛生福利部花蓮醫院 衛生福利部臺東醫院 臺北榮民總醫院鳳林分院 玉里慈濟醫院 關山慈濟醫院

附件 10-2

_____縣(市)衛生局「抗藥性結核病醫療照護體系」轉介治療通知書

受文者(病人姓名):_____

身分證字號/護照號碼:_____

您經醫師診斷為抗藥性結核病或因治療需要較密集監測與調整藥物,疾病診治須長期規則治療,並配合多項檢查,如未配合適當診治,可能導致治療失敗,造成廣泛性或多重抗藥性結核菌傳染及本身生命財產的損失。

為協助您早日恢復健康,保護您與您親友及大眾健康,請加入「抗藥性結核病醫療照護體系」,由_____醫療照護團隊施行臨床醫療,並聘請關懷員以直接觀察服藥方式,協助您完成藥物治療及追蹤。於直接觀察服藥過程中,關懷員將代為保管您的藥物,並與您聯繫,選擇您最適當之時間,送藥給您並觀察您服藥情形,以隨時掌握治療成效。如果您有生活或醫療需要協助,關懷員亦將代您轉達給公共衛生機關及醫療照護體系,陪伴您完成整個療程。

依據傳染病防治法第 44 條規定,傳染病病人須配合檢查並接受治療,必要時可移送指定隔離治療機構施行隔離治療。為了您與家人的健康,請配合治療。

本人_____(簽名)

法定代理人_____(簽名)已詳閱本通知書

簽收日期:中華民國 _____年 _____月 _____日

「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：

未納入「抗藥性結核病醫療照護體系」收案之病人管理流程

※個案管理全程皆請適時鼓勵病人加入 TMTC 團隊接受照護及 DOTS Plus 服務

未納入團隊治療之「MDR-TB」、「RMP 抗藥且對任一 FLQ 抗藥」、「RMP 單一抗藥」、「任三種一線藥物抗藥」、「INH 抗藥及任一線抗藥（RMP 除外），併使用 FLQ 治療」(第一、二、四類病人)

留原醫院繼續治療者，請衛生局確認務必納入衛生局 DOTS-Plus

衛生局於 2 個月內提送縣市級診療諮詢小組[2]討論，確認治療是否適當

治療滿 4 個月

未陰轉[1]

已陰轉

- 依結核病診治指引建議處方繼續治療
- 如有用藥疑義請提送縣市級診療諮詢小組[2]病例討論

由衛生局提送疾管署召開「抗藥性結核病醫療照護體系檢討暨困難治療個案討論會」病例討論[3]

「MDR-TB」、「RMP 抗藥且對任一 FLQ 抗藥」、「RMP 單一抗藥」完治前，請送疾管署每季召開「抗藥性結核病醫療照護體系檢討暨困難治療個案討論會」[3]

治療滿 6 個月

未陰轉[1]

已陰轉

後續未陰轉，每 2 個月由縣市級診療諮詢小組[2]病例討論

「MDR-TB」、「RMP 抗藥且對任一 FLQ 抗藥」治療逾 24 個月、「RMP 單一抗藥」、「任三種一線藥物抗藥」治療逾 20 個月、「INH 抗藥及任一線抗藥（RMP 除外），併使用 FLQ 治療」逾 12 個月者，由衛生局提至疾管署每季「抗藥性結核病醫療照護體系檢討暨困難治療個案討論會」[3]討論，進行治療處置建議或慢性傳染性結核病判定

備註：
1.衛生局應檢視是否依「傳染病防治法」予以隔離治療
2.縣市級診療諮詢小組須至少一位具抗藥性結核病治療經驗之委員出席。
3.衛生局應於疾管署召開討論會議前 2 週，提出未納入團隊病人且應討論名單，並製作簡報資料，由疾管署區管中心協助彙整後，再送疾管署慢性組。

MDR-TB/RR-TB/任三抗/INH 抗藥及任一線抗藥併使用 FLQ 治療者

_____年_____月管理紀錄表

一、 當月新增名單

分區	衛生局	姓名	TB 編號	病人分類	特殊註記(高負擔國家、接觸者發病、HIV 共病等)

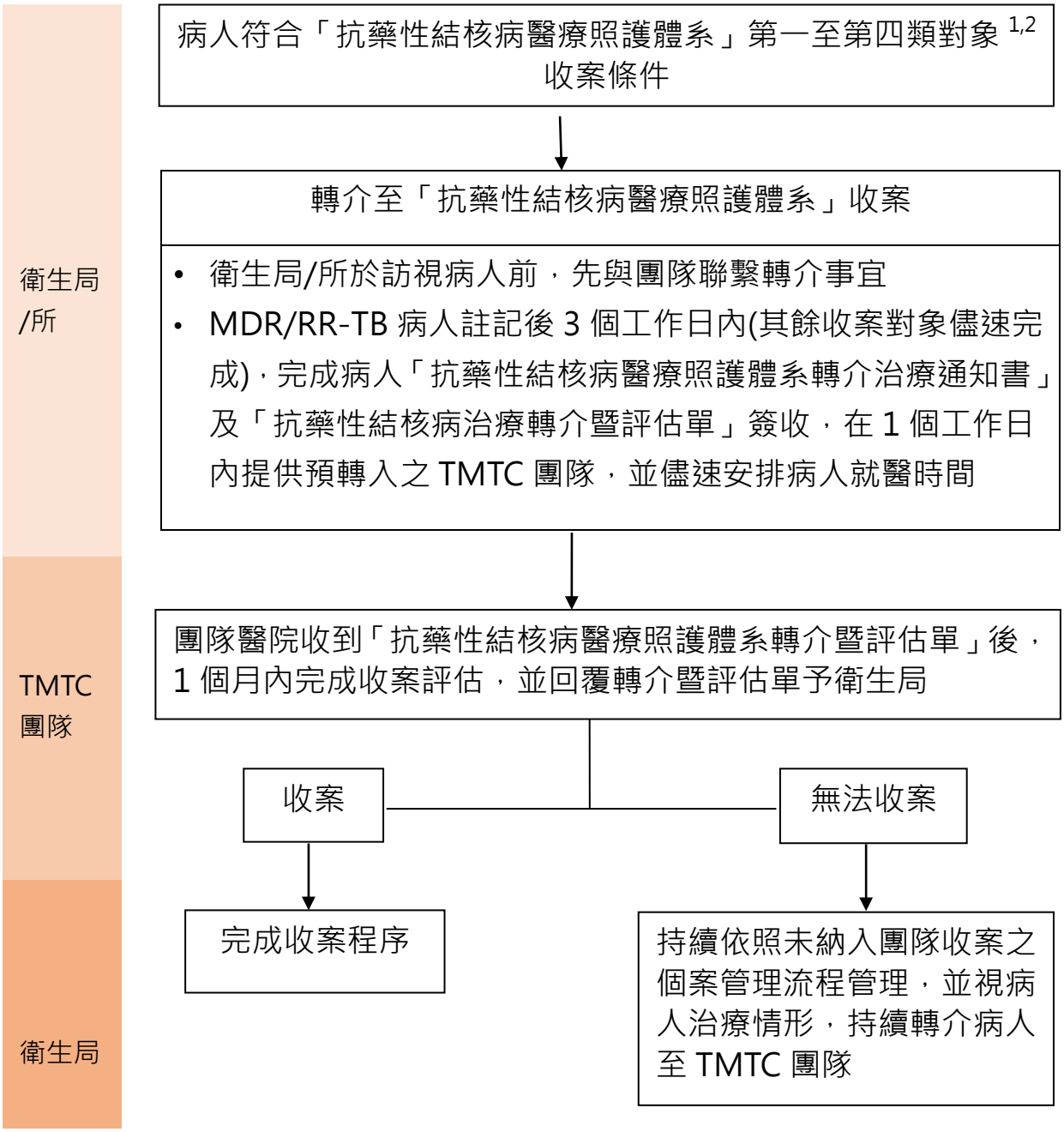
二、 管理中且未納 TMTC 團隊個案管理之人數

分區	衛生局	符合團隊收案條件，但尚未納入團隊人數(A)	符合團隊收案條件，經病例討論建議暫停治療人數(B)	不符合團隊收案條件人數(如外籍人士、隔離治療) (C)	其他(如個案死亡) (D)

三、 管理中且未納 TMTC 團隊個案管理之名單

分區	衛生局	姓名	TB 編號	MDR-TB 登記日/ RR-TB 登記日/通報日	未納入團隊 (代碼 A/B/C/D)	最近病例討論時間	最近病例討論時間	是否完成 TB 系統「DR-TB 醫療照護體系」資料維護	1.最近一次就醫時間 2.情況概述 3.查痰情形

轉介結核病病人至「抗藥性結核病醫療照護體系」收案流程



備註

1. 第一類為 MDR-TB、RR-TB 且 FLQ 抗藥、第二類：RR-TB、任三抗、第三類：使用 KM、AM、第四類：INH 抗藥及任一線抗藥（RMP 除外），且併同使用 FLQ
2. 若病人原已在 TMTC 團隊治療，團隊可與衛生局協商運作模式，俾利病人快速進入團隊，加速收案時效。
3. 第五類困難病人執行細節請另參照「轉介困難個案至「抗藥性結核病醫療照護體系」收案及後續處置流程」

抗藥性結核病醫療照護體系病人異常情形通報單

收案醫院(團隊)：	
病人姓名：	病人 ID：
異常情形通報：(請以文字敘述) 主治醫師：＿＿＿＿＿＿＿＿　　團隊負責人：＿＿＿＿＿＿＿＿	

中　華　民　國　　　　　年　　　　　月　　　　　日

備註：病人如有不合作、拒絕 DOTS-Plus 等情形，請收治醫院填妥本單，通知衛生局，並副知轄區疾管署管制中心。

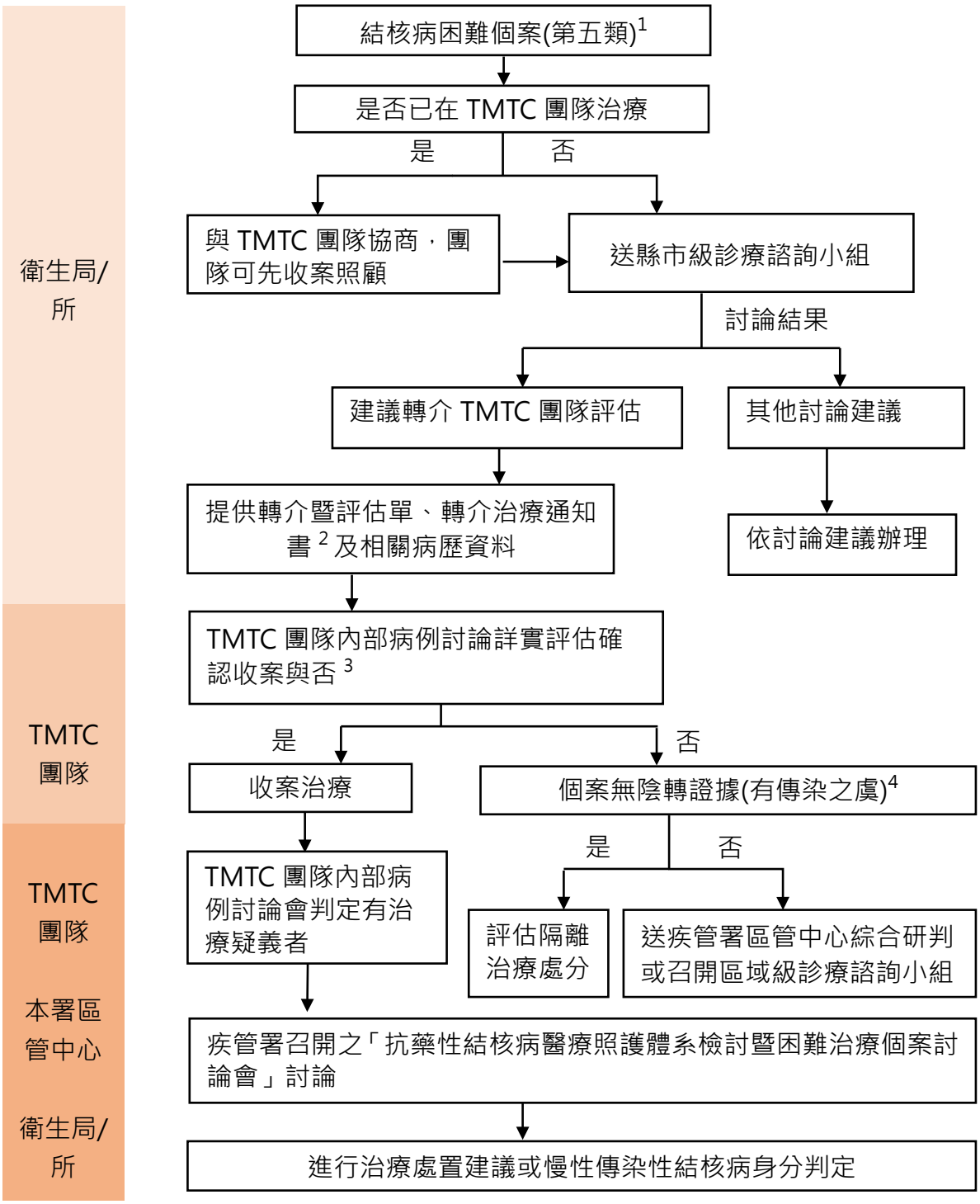
回　　　條

本局已接獲抗藥性醫療照護團隊通知病人＿＿＿＿＿＿＿＿異常情形通報單。

＿＿＿＿＿＿＿＿衛生局　　承辦人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

中　華　民　國　　　　　年　　　　　月　　　　　日

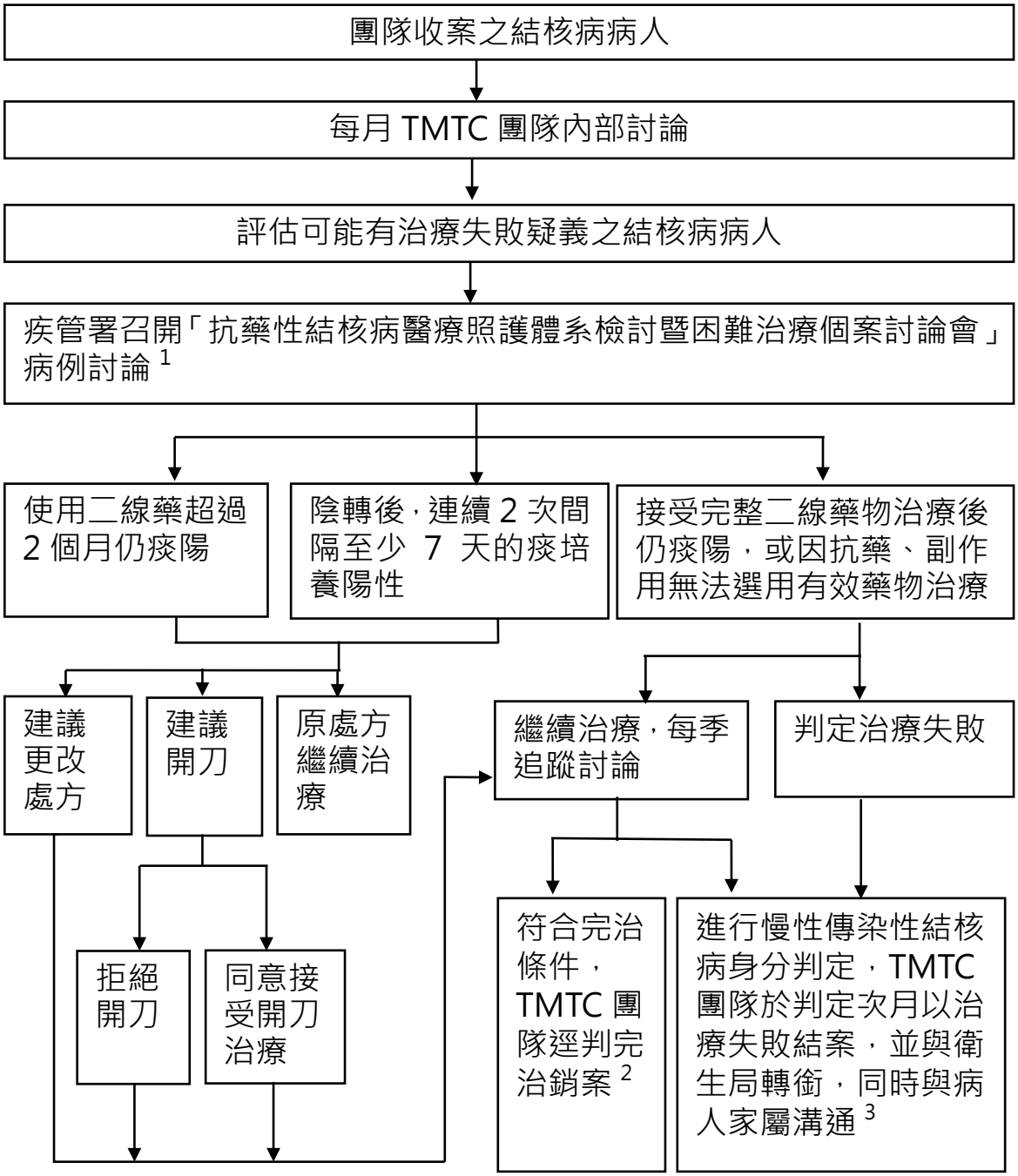
轉介困難個案(第五類對象)至「抗藥性結核病醫療照護體系」收案及後續處置流程



備註

1. 符合結核病困難個案條件包含嚴重藥物副作用、不合作拒絕治療、其他原因導致有不規則服藥或需反覆調整藥物之情形。
2. 係為「抗藥性結核病治療轉介暨評估單」、「抗藥性結核病醫療照護體系個案轉介治療通知書」，得於轉介 TMTC 團隊評估前請個案簽名確認(如個案拒絕簽名，可於地段訪視日誌如實紀錄訪談過程)，最遲於團隊收案前完成。
3. TMTC 團隊接獲衛生局(所)轉介通知，須於 1 個月內完成收案評估，應透過「TMTC 團隊內部病例討論會」充分討論後，始可不收案，並於評估單詳述無法收案之原因，再回復衛生局(所)及完成 TB 系統欄位維護。
4. 個案無陰轉證據(有傳染之虞)者，如經 TMTC 團隊評估有治療必要性但個案拒絕治療者，必要時衛生局可採取隔離治療行政處分，其餘提送疾管署區管中心，並於 1 個月內完成後續作業。

TMTC 團隊收案之結核病病人個案管理流程



備註：

1. 凡符合完治、治癒標準之病人，由團隊自行判定結果。
2. 凡欲判定治療失敗之病人均需透過「抗藥性結核病醫療照護體系檢討暨困難治療個案討論會」始能判定結果。
3. 疾管署慢性組最遲於 DR-TB 討論會判定為慢性傳染性結核病病人之次月月底前進行 TB 系統註記，此時 TMTC 團隊應以治療失敗退出照護並結案。

附件 10-10

同基因型 MDR-TB 個案親緣性分析申請表（MDR-TB-M00XXX-XX）

一、填報日期：____年____月____日　　二、管理單位：_____

三、個案簡表(除最近註記個案排第一位外，其餘個案由遠至近填寫)[1]

編號		1(最近註記)		2		3		4	
姓名									
身分證號									
通報醫院/日期									
MDR 註記日期									
MDR 病人分類									
管理單位									
居住地									
戶籍地									
活動地									
藥敏報告 [2]		S：敏感；R：抗藥；NA：未驗或無藥敏結果(抗藥請用紅字 R 標示)							
		結果	分子/傳統	結果	分子/傳統	結果	分子/傳統	結果	分子/傳統
一線藥	INH								
	RMP								
	EMB								
	SM								
	PZA								
二線藥	RBT								
	LEVO								
	MOXI								
	AMK/ KM/CM								
	CS								
	ETO/PTO								
	PAS								
	CFZ								
	BDQ								
	LZD								
流病關聯性初判(請簡述)									
簽核框	衛生局 承辦人　　主管 區管中心複審：□是 □否　啟動同基因型親緣性分析 承辦人　　主管								

填表說明：

1. 病人須為新病人、不是「unique」且不是同住接觸者發病、回溯近 3 年與個案同基因型的其他個案之通訊地、活動地及戶籍地址確認為「同縣市」，或「不同縣市，但具有流行病學相關性」。最新的 MDR-TB 個案排第一位外，其餘個案依個案 MDR-TB 註記日期由遠至近填寫，
2. 藥敏報告不需要判斷是否細菌學相關

同基因型 MDR-TB-M00XXX-XX 感染源調查報告

_____衛生局啟動調查事件日期：_____年_____月_____日

自____年____月____日至____年____月____日累計通報個案數：____人

個案調查（人、時、地）(除最近註記個案排第一位外，其餘個案由遠至近填寫)

編號		M1(最新一案)	M2	M3	M4	M5
通報資料	姓名					
	身分證號					
	通報醫院					
	通報日					
	MDR 註記日期					
	MDR 病人分類					
	管理單位					
	藥敏結果					
基本資料	年齡					
	性別					
	職業					
	宗教					
	家庭成員					

附件 10-11

編號		M1(最新一案)	M2	M3	M4	M5
活動地點	(如戶籍地、居住地、就學地、工作地、休閒活動地等)					
旅遊史	國內					
	國外					
平常就醫習慣(含共病就醫)						
傳染力評估	通報原因/方式	☐因症就醫 ☐接檢/例行 CXR	☐因症就醫 ☐接檢/例行 CXR	☐因症就醫 ☐接檢/例行 CXR	☐因症就醫 ☐接檢/例行 CXR	☐因症就醫 ☐接檢/例行 CXR
	確診日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日
	症狀開始日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日
	初次痰抹片日期/結果	____年___月____日/ ☐陽性 ☐陰性	____年___月____日/ ☐陽性 ☐陰性	____年___月____日/ ☐陽性 ☐陰性	____年___月____日/ ☐陽性 ☐陰性	____年___月____日/ ☐陽性 ☐陰性
	MTB 鑑定日期	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日
	陰轉日期	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日	____年___月____日

編號		M1(最新一案)	M2	M3	M4	M5
	通報時 CXR 日期/結果	____年___月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年___月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年___月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年___月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年___月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無
	可傳染期	____年___月___日 至____年__月___日	____年___月___日 至____年__月___日	____年___月___日 至____年__月___日	____年___月___日 至____年__月___日	____年___月___日 至____年__月___日
接觸者檢查		名單後附	名單後附	名單後附	名單後附	名單後附
個案可能感染源描述						
備註						

接觸者名單

個案	接觸者身分別	接觸者應檢人數	第一次 CXR 檢查結果					LTBI 檢查完成數/%	LTBI 檢查陽性數/%	備註
			完成數/%	正常數/%	異常(疑似結核)數/%	異常無關結核數/%	其他異常應追蹤數(含肺浸潤)數/%			

MDRTB-M00XXX-XX 新案感染源調查結果總評

一、衛生局(所)感染源追蹤報告

(一) 同基因型別間流病調查

(二) 可能感染源之族群或地點

(三) 預定公衛介入措施

(四) 填表人/主辦人/單位主管　　填表日期：

(五) 衛生局主辦人/科長/局長　　填表日期：

二、疾管署區管中心審查結果及建議事項

流病相關性判定

□是，疑似為結核病聚集事件，聚集場所為：_____ 。

□是，疑似尋獲感染源，感染源為：_____ 。

□無法判定，無直接證據判定流病相關性，尚需收集新事證。

主辦人/防疫醫師/科長/副主任/主任　　填表日期：