

M 痘確診個案追蹤單

113.02.01 版

法傳編號：_____

一、 是否住院治療：是(填列以下) 否(從居家自主健康管理階段開始填列)

(一) 開始日期：民國____年____月____日；結束日期：民國____年____月____日

(二) 收住院所：_____

(三) 收治原因：

M 痘重症患者

出血性疾病 融合型皮膚病灶 敗血症 腦炎

病灶位置導致需積極疼痛控制 合併細菌感染

其他：(請說明)_____

嚴重免疫不全者

HIV 感染且 $CD4 < 200 \text{ cells/mm}^3$ 白血病 淋巴瘤

全身性惡性腫瘤 器官移植 其他：(請說明)_____

兒童 孕婦或哺乳婦女

家中條件不適合：

無法一人一室

可一人一室，但無獨立衛浴設備，因家中有孕婦、未滿 12 歲兒童、80 歲(含)以上長者、接受血液透析或免疫不全者等

其他：(請說明)_____

(四) 是否開立隔離治療通知書：是，且已上傳至疾病管制署傳染病通報系統

否

二、 第一階段居家自主健康管理

(一)是否進行第一階段自主健康管理：(如為未住院之個案，請以「通報日」為開始日期；如為收住院後出院之個案，請以「出院日」為開始日期)

是，開始日期：民國____年____月____日；結束日期：民國____年____月____日

否，請勾選原因

確診時即屬第二階段居家自主健康管理階段個案(經醫師專業評估)

出院時即屬第二階段居家自主健康管理階段個案(經醫師專業評估)

出院或確診時即符合結案標準(經醫師專業評估)(需檢附評估表)

其他：(請說明)_____

[Mpox 個案自主健康管理階段評估表檔案上傳](#)

(二) 追蹤及訪視紀錄(至少每 2 日追蹤關懷 1 次；符合結束第一階段居家自主健康管理標準，請安排醫師進行專業評估)

日期	時間	訪視紀錄

(可自行增列)

(三) 評估日期：

第 1 次評估日期：民國____年____月____日

評估結果：通過 未通過，原因：(請說明)

[Mpx 個案自主健康管理階段評估表檔案上傳](#)

(視需要)第 2 次評估日期：民國____年____月____日

評估結果：通過 未通過，原因：(請說明)

[Mpx 個案自主健康管理階段評估表檔案上傳](#)

(視需要)第 3 次評估日期：民國____年____月____日

評估結果：通過 未通過，原因：(請說明)

[Mpx 個案自主健康管理階段評估表檔案上傳](#)

三、第二階段居家自主健康管理

(一)是否進行第二階段居家自主健康管理：(如為未住院或未進行第一階段居家自主健康管理之個案，請以「通報日」為開始日期；如為收治住院後出院之個案，或經評估結束第一階段自主健康管理之個案，請以「出院日」或「第一階段自主健康管理結束日」為開始日期)

是，開始日期：民國____年____月____日；結束日期：民國____年____月____日

否，請勾選原因

出院或確診時即符合結案標準(經醫師專業評估)(需檢附評估表)

其他：(請說明)

[Mpx 個案自主健康管理階段評估表檔案上傳](#)

- (二) 追蹤及訪視紀錄(至少每週追蹤關懷 1 次；符合結束第二階段居家自主健康管理標準，請安排醫師進行專業評估)

日期	時間	訪視紀錄

(可自行增列)

- (三) 評估日期(需檢附 Mpox 個案自主健康管理階段評估表)：

第 1 次評估日期：民國___年___月___日

評估結果：通過 未通過，原因：(請說明)

[Mpox 個案自主健康管理階段評估表檔案上傳](#)

(視需要)第 2 次評估日期：民國___年___月___日

評估結果：通過 未通過，原因：(請說明)

[Mpox 個案自主健康管理階段評估表檔案上傳](#)

(視需要)第 3 次評估日期：民國___年___月___日

評估結果：通過 未通過，原因：(請說明)

[Mpox 個案自主健康管理階段評估表檔案上傳](#)

四、結案

- (一) 接觸者資料維護

已於「接觸者健康追蹤管理系統」(<https://trace.cdc.gov.tw>)完成維護高風險接觸者資料。

自個案發病日起至隔離前接觸者調查確認

接觸者類別	是否適用	總數	有症狀人數	備註
同住者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
性接觸者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
其他接觸者(如同病室、照護醫療人員、會發生性行為之營業場所密切接觸者，請註明)：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

是否有接觸者發病確診為 Mpox ?

否

是(請接續填列以下)

發病之接觸者資料

1. 法傳編號：_____

2. 接觸者類別：

性接觸者 同住者 其他

3. 其他特殊情形：

嚴重免疫不全者

HIV 感染且 $CD4 < 200 \text{ cells/mm}^3$ 白血病 淋巴瘤

全身性惡性腫瘤 器官移植 其他：(請說明)_____

小於 12 歲兒童 孕婦或哺乳婦女

80 歲(含)以上長者 接受血液透析或免疫不全者

其他：(請說明)_____

4. 有無接種 Mpox 疫苗：否

是：PEP PrEP (可複選)

(二) 結案日期：民國____年____月____日

(三) 結案原因

經醫師評估符合結案條件

死亡

經醫師評估病況發展需住院治療