

# 潛伏結核感染 (LTBI) 之治療情形調查表

附件 3-7

診療醫師您好：

我是\_\_\_\_\_衛生局/所的公衛管理人員\_\_\_\_\_，為了協助個案管理工作的進行，請您撥冗填寫下列勾選問題，謝謝！

個案姓名：\_\_\_\_\_身分證字號：\_\_\_\_\_病歷號：\_\_\_\_\_

## 此個案為結核病接觸者，請提供資料，俾便追蹤管理：

(本欄由衛生局/所勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫)

1 結核菌素測驗：\_\_\_\_\_mm；檢查日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日備註：\_\_\_\_\_

2 丙型干擾素釋放試驗：結果\_\_\_\_\_；檢查日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日備註：\_\_\_\_\_

3 胸部 X 光檢查結果：檢查日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

正常

疑似肺結核：異常，無空洞 異常，有空洞

異常，肺浸潤(請繼續追蹤至排除結核病)

異常，無關結核病，註：\_\_\_\_\_

4 經評估需進行潛伏結核感染之治療 (Treatment of LTBI)：

(本欄由醫師填寫，請衛生局/所公衛管理人不要勾選)

## 請問個案潛伏結核感染治療的情形：

(本欄由衛生局/所勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫。)

1 個案仍需接受抗結核藥物治療 (3HP/3HR/4R/9H/其他處方\_\_\_\_\_ )，預計還要再治療\_\_\_\_\_個月

2 個案已服用 3 個月速克伏 (3HP)、3 個月 INH+ RMP (3HR)、4 個月 RMP (4R) 或 9 個月 INH (9H) 或其他處方\_\_\_\_\_，可完成治療，停藥日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

3 治療中死亡\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

4 個案因下列原因中斷治療：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

拒絕

副作用

確診為結核病

預防性治療，暴露滿 8 週後 LTBI 檢驗未陽轉而停止治療

其他\_\_\_\_\_

(本欄由醫師填寫，請衛生局/所公衛管理人員不要勾選)

## \* 請問個案其他問題：

\* 填寫人資料：

醫院名稱：\_\_\_\_\_醫師：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_連絡電話：\_\_\_\_\_

請妥填後儘速傳真：\_\_\_\_\_縣市衛生局 FAX：\_\_\_\_\_

TEL：\_\_\_\_\_

感謝您對結核病防治工作的支持與協助！

請保護個案隱私，傳真後轉交貴院結核病個案管理師保存