

# TB 接觸者就醫轉介單

協助事項：接觸者檢查<sup>1</sup>(ICD10: Z20.1)：胸部 X 光檢查 IGRA TST  
潛伏結核感染治療評估(ICD10: R76.1)：胸部 X 光檢查  
未完成潛伏結核感染檢驗/檢驗陽性未完成治療：第 12 個月胸部 X 光檢查

一、接觸者基本資料：	
基本資料	姓名：_____ 管理單位：_____ 性別： <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 身分證字號：_____ 出生：____年____月____日 卡介苗疤痕： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 免疫不全狀況： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 肝毒性風險族群 <sup>2</sup> ： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____ 結核病症狀： <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 咳嗽 <input type="radio"/> 咳血 <input type="radio"/> 咳痰 <input type="radio"/> 發燒 <input type="radio"/> 胸痛 <input type="radio"/> 食慾差 <input type="radio"/> 體重減輕
胸部 X 光	檢查結果：檢查日期____年____月____日 <input type="checkbox"/> 正常 <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> 異常無關結核，註：_____ <input type="checkbox"/> 疑似肺結核（請依照傳染病防治法第 39 條進行通報）： <input type="checkbox"/> 異常，無空洞 <input type="checkbox"/> 異常，有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，肺浸潤（請繼續追蹤至排除結核病）
接觸者檢查	<input type="checkbox"/> 5 歲(含)以上接觸者：與指標個案終止有效暴露滿 8 週，以 IGRA 進行檢驗 IGRA ____年____月____日，結果： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 不確定(mitogen-nil<0.5) <input type="radio"/> 不確定(其他) <input type="checkbox"/> 2 歲(含)至未滿 5 歲接觸者：以 IGRA 檢驗為主，無法執行 IGRA 者，得使用 TST 1. 暴露 8 週內 LTBI 檢驗 IGRA ____年____月____日，結果： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 不確定(mitogen-nil<0.5) <input type="radio"/> 不確定(其他) 或 TST ____年____月____日，結果：_____mm，陽性者於暴露滿 8 週後得再以 IGRA 檢驗 2. 暴露滿 8 週 LTBI 檢驗(8 週內以 TST 檢驗或 IGRA 陰性者，於暴露滿 8 週後再次進行 IGRA) IGRA ____年____月____日，結果： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 不確定(mitogen-nil<0.5) <input type="radio"/> 不確定(其他) 或 TST ____年____月____日，結果：_____mm(限 8 週內 TST 陰性，無法執行 IGRA 者) <input type="checkbox"/> 未滿 2 歲接觸者：以 TST 檢驗 1. 暴露 8 週內 TST ____年____月____日，結果：_____mm <sup>4</sup> ，陰性者於間隔 8 週後進行第 2 次 TST 2. 暴露滿 8 週 TST ____年____月____日，結果：_____mm <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> 出生 30 日內新生兒(含胎兒時期)暴露之接觸者：無須 TST 檢驗，於排除活動性結核病後，儘速接受預防性治療 (prophylaxis) <sup>4</sup>
臨床建議	1. 接觸者檢查結果建議： <input type="checkbox"/> 繼續追蹤 <input type="checkbox"/> 結核病治療 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____ 2. 潛伏結核感染治療評估建議： <input type="checkbox"/> 需進行潛伏結核感染治療(Treatment of LTBI)： <input type="checkbox"/> 3HP <input type="checkbox"/> 3HR <input type="checkbox"/> 4R <input type="checkbox"/> 9H (請確認最近 1 個月內胸部 X 光已排除活動性結核病) <input type="checkbox"/> 進行預防性治療(prophylaxis) <input type="checkbox"/> 家屬(本人)拒絕 <input type="checkbox"/> 醫師決定暫不進行治療： <input type="checkbox"/> 肝功能檢查值過高 <input type="checkbox"/> 擔心藥物交互作用 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ 院所名稱：_____ 回復醫師簽章：_____ 連絡電話：_____

二、指標個案資料 (提供接觸者風險評估參考)		
TB 總編號：_____	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	來自結核病高盛行區： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
採檢日期	痰塗片(NAA 檢驗)	痰培養(鑑定)
第一套 ____年____月____日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(MTB 陽性) <input type="checkbox"/> 已驗未出	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出
第二套 ____年____月____日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(MTB 陰性) <input type="checkbox"/> 已驗未出	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出
第三套 ____年____月____日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出
胸部 X 光檢查結果：____年____月____日	<input type="checkbox"/> 有空洞 <input type="checkbox"/> 無空洞	單純肺外： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
抗結核藥物 <input type="checkbox"/> 已用：____年____月____日	<input type="checkbox"/> 未用	抗藥性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> 未知

開立單位：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

連絡人：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_

- 接觸者檢查(胸部 X 光檢查、IGRA 抽血檢驗、TST 施針)及後續回診看報告(胸部 X 光報告、IGRA 檢驗報告、TST 判讀結果)，均可使用本轉介單以減免部分負擔，故本轉介單最多可使用 2 次。
- 35 歲以上成人、肝硬化、慢性肝炎或肝病變、酒癮、注射藥癮者、HIV 感染者、孕婦及產後 3 個月婦女為肝毒性風險族群，須於治療前先檢查肝功能。
- 檢查結果正常者，倘日後出現異常呼吸道症狀或咳嗽超過 2 週，仍應儘速就醫檢查，並告知醫師接觸史。
- 2 歲以下兒童處方可依指標藥敏選擇 9H、4R 或 3HR 處方。