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