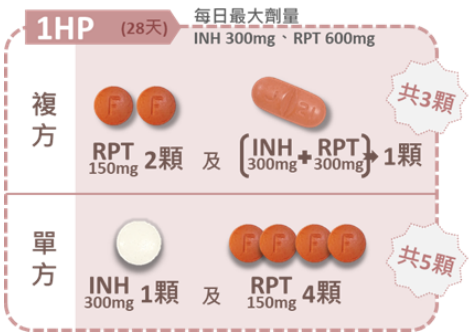
潛伏結核感染(LTBI)的1HP治療處方用藥須知

使用 1HP 短程治療處方者請務必加入「都治計畫」，由關懷員關懷服下每個劑量！



您已經被診斷出潛伏結核感染

您已經被檢驗出體內有結核菌但還沒有發病，目前不會傳染他人；但如果沒有接受治療，一旦自身免疫力降低時，就可能發病而且傳染給他人。

接受潛伏結核感染治療可以消滅您體內的結核菌，預防未來發病，是您最好的選擇。

什麼是 1HP 短程治療處方？

您每天服用 Rifapentine 和 Isoniazid 2 種藥品，共服藥 28天就可以完成治療的一種短程療法。

未滿13歲者、接觸具 isoniazid 或 rifampin 抗藥的接觸者或懷孕婦女，建議使用其他處方。

使用 1HP 短程治療處方要配合什麼？

因使用藥品是疾病管制署公費提供，所以必須接受衛生單位關懷員親自或視訊關懷服藥。您從醫院領藥回家後，先不要自行服用，請主動與開立接觸者檢查轉介單給您之衛生單位聯繫，衛生所關懷員會收回藥品並與您討論排定後續服藥時間。每次服藥時會觀察您是否有不舒服或服藥副作用，以確保您安全的完成治療。

若您有服用任何其他藥品(包括避孕藥)，應告訴您的醫師。1HP處方可能會對某些藥品造成干擾，因此讓您的醫師知道您正在服用的藥品是很重要的。若您因其他疾病同時服用藥品，請務必告知該醫師，您正在接受潛伏結核感染治療。

保護您的家人及朋友免於感染結核病 您應完成潛伏結核感染治療療程！

服用 1HP 藥品注意事項

可能的副作用

部分服藥者可能會有下列不舒服，程度不會影響日常生活，多喝水多休息，服藥後數小時應可改善。但不舒服若持續超過 2 天，請與都治 關懷員連繫，讓衛生所護理師及醫師協助您。

- 頭暈、頭痛
- 食慾不佳，或沒有食慾
- 胃不舒服、噁心或嘔吐
- 肌肉痠痛
- 無力、疲倦
- 發燒或畏寒
- 皮膚或眼白變黃
- 皮疹或搔癢
- 臉紅及寒顫
- 手腳刺痛或麻木

飲酒

服用1HP 處方期間，每日飲酒會增加肝臟受損的風險，建議治療期間不要飲酒。

女性

1HP 處方會干擾荷爾蒙避孕法(包括避孕丸、避孕環及針劑)。治療期間建議使用保險套或子宮內避孕器等方式避孕。若您已經懷孕或疑似懷孕，請立刻通知您的醫師或公衛護理人員。

其他注意事項

rifapentine 可能會使您的尿液、唾液、眼淚或汗水變成橘紅色，這是正常現象，為了避免在治療期間被永久染色：請勿配戴非日拋隱形眼鏡、若您有配戴假牙，儘可能在不需要使用時把假牙取出。

過敏反應

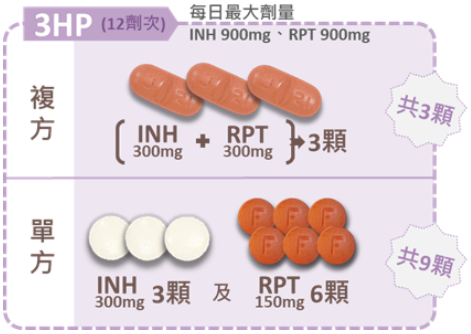
雖然發生機會很低，但如果您在療程中發現下列症狀：在每次服藥後都發生，如：呼吸喘、胸悶、冒冷汗、劇烈腹痛及嘔吐，且不適的時間逐漸縮短，或症狀持續時間逐漸延長，或覺得快要暈倒，您可能出現過敏反應，請立即向關懷員或衛生所護理師反映。

接觸者接受潛伏結核感染治療的保護力有90%以上，減少發病後須治療較長的時間、服藥總類及藥量。

若您出現急性過敏反應，請立即回到原就診醫院並與您的醫師聯絡；如果對於治療潛伏結核感染有任何疑問，亦請諮詢您的醫師或撥打 1922。

潛伏結核感染(LTBI)的3HP治療處方用藥須知

使用 3HP 短程治療處方者請務必加入「都治計畫」，由關懷員關懷服下每個劑量！



您已經被診斷出潛伏結核感染

您已經被檢驗出體內有結核菌但還沒有發病，目前不會傳染他人；但如果沒有接受治療，一旦自身免疫力降低時，就可能發病而且傳染給他人。

接受潛伏結核感染治療可以消滅您體內的結核菌，預防未來發病，是您最好的選擇。

什麼是 3HP 短程治療處方？

您每週服用一次 rifapentine 和 isoniazid 2 種藥品(包含 2 種單方藥品或1 種複方藥品)，共服藥 12 週就可以完成治療的一種短程療法。

未滿 2 歲的兒童、接觸具 isoniazid 或 rifampin 抗藥的接觸者或懷孕婦女，建議使用其他處方。

使用 3HP 短程治療處方要配合什麼？

所使用藥品是疾病管制署公費提供，所以必須接受衛生單位關懷員親自或視訊關懷服藥。您從醫院領藥回家後，先不要自行服用，請主動與開立接觸者檢查轉介單給您之衛生單位聯繫，衛生所關懷員會收回藥品並與您討論排定後續服藥時間。每次服藥時會觀察您是否有不舒服或服藥副作用，以確保您安全的完成治療。

若您有服用任何其他藥品(包括避孕藥)，應告訴您的醫師。3HP 處方可能會對某些藥品造成干擾，因此讓您的醫師知道您正在服用的藥品是很重要的。若您因其他疾病同時服用藥品，請務必告知該醫師，您正在接受潛伏結核感染治療。

保護您的家人及朋友免於感染結核病 您應完成潛伏結核感染治療療程！

服用 3HP 藥品注意事項

可能的副作用

部分服藥者可能會有下列不舒服，程度不會影響日常生活，多喝水多休息，服藥後數小時應可改善。但不舒服若持續超過 2 天，請與都治 關懷員連繫，讓衛生所護理師及醫師協助您。

- 頭暈、頭痛
- 食慾不佳，或沒有食慾
- 胃不舒服、噁心或嘔吐
- 肌肉痠痛
- 無力、疲倦
- 發燒或畏寒
- 皮膚或眼白變黃
- 皮疹或搔癢
- 臉紅及寒顫
- 手腳刺痛或麻木

飲酒

服用3HP 處方期間，每日飲酒會增加肝臟受損的風險，
建議治療期間不要飲酒。

女性

3HP 處方會干擾荷爾蒙避孕法(包括避孕丸、避孕環及針劑)。治療期間建議使用保險套或子宮內避孕器等方式避孕。若您已經懷孕或疑似懷孕，請立刻通知您的醫師或公衛護理人員。

其他注意事項

- rifapentine 可能會使您的尿液、唾液、眼淚或汗水變成橘紅色，這是正常現象，為了避免在治療期間被永久染色：請勿配戴非日拋隱形眼鏡、若您有配戴假牙，儘可能在不需要使用時把假牙取出。
- 服藥後若有頭暈現象，換姿勢 (如：平躺到坐起來，或由坐而起身)請採取「慢慢換、扶著換」，以避免因不適而導致跌倒。

過敏反應

雖然發生機會很低，但如果您在療程中發現下列症狀：在每次服藥後都發生，如：呼吸喘、胸悶、冒冷汗、劇烈腹痛及嘔吐，且不適的時間逐漸縮短，或症狀持續時間逐漸延長，或覺得快要暈倒，您可能出現過敏反應，請立即向關懷員或衛生所護理師反映。

接觸者接受潛伏結核感染治療的保護力有90%以上，減少發病後須治療較長的時間、服藥總類及藥量。

若您出現急性過敏反應，請立即回到原就診醫院並與您的醫師聯絡；如果對於治療潛伏結核感染有任何疑問，亦請諮詢您的醫師或撥打 1922。

衛生福利部疾病管制署潛伏結核感染治療藥品使用同意書

isoniazid 300mg/Tab

治療藥品：isoniazid 300 mg/Tab

個案姓名：

病歷號碼：　　身分證字號：

一、 治療疾病名稱：潛伏結核感染(感染尚未發病不會傳染他人，請接受完整潛伏結核感染治療，可有效降低後續結核病發病機會)

二、 給藥方法 (含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程...等) :

isoniazid 300 mg/Tab 大多與rifapentine合併使用，並依據使用之潛伏結核感染處方組合給藥。

三、 可能產生的副作用、處理方式：

與國內isoniazid 100 mg/Tab副作用類似，可能出現肝炎、周邊神經炎等不良反應。但isoniazid 300 mg/Tab用於速克伏處方時肝炎機率較低：國內資料顯示常規監測肝炎的情況下，與藥物相關造成永遠停藥的肝炎發生比例，速克伏處方使用者(1.5%)較9個月isoniazid處方使用者(5.3%)來得低。

四、 治療進行中之注意事項：

(一) 使用此處方須依醫師醫囑服用。

(二) 潛伏結核感染應加入都治計畫，由都治關懷員以到府/到點親眼目睹或視訊方式關懷服藥及追蹤副作用。

(三) 領藥後請儘快與公衛人員聯繫，討論初次服藥時間，以利預先規劃個人行程。

- isoniazid 300 mg/Tab劑型，因國內缺藥，因此以專案進口方式向世界衛生組織委託之全球藥物購置機構Global Drug Facility(GDF)購買國際認可藥品。
  ※本藥品無衛生福利部藥品許可證，不適用藥害救濟法。
- 本藥品由衛生福利部疾病管制署公費提供使用，故必須接受衛生單位「都治」送藥服務。
- 本人已詳閱以上各項資料，有關本藥品之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。

治療醫師簽署：　　日期：　　年　　月　　日

服藥人簽署：　　日期：　　年　　月　　日

法定代理人簽署：(未成年應由法定代理人同意)

衛生福利部疾病管制署潛伏結核感染治療藥品使用同意書
Isoniazid/Rifapentine 300 mg / 300 mg

治療藥品：Isoniazid/Rifapentine Coated Tablets 300 mg / 300 mg 複方錠

個案姓名：

病歷號碼：　　身分證字號：

一、治療疾病名稱及說明：本藥品為潛伏結核感染治療1HP、3HP處方之複方錠
潛伏結核感染係人體遭受結核菌感染，但尚未發病也不會傳染他人，請接受完整潛伏結核感染治療，可有效降低後續結核病發病機會。

二、給藥方法：

1HP：如使用複方劑型，則固定1顆，再加上Rifapentine單方(超過45公斤2顆；35-45公斤1顆)，口服給藥，每日服藥1次，治療期間為28天(約1個月)。

3HP：限體重50公斤(含)以上使用(固定劑量，不依年齡及體重調整劑量)，口服給藥，每週服藥1次，每次3顆，共需服用12個劑量，治療期間預計12週（約3個月）。

三、可能副作用：

因含有Isoniazid和Rifapentine成分，可能出現皮疹、肝炎、周邊神經炎、姿勢性低血壓、昏厥和類流感(flu-like syndrome)相關症狀等不良反應；服藥後體液(小便、眼淚和汗水)可能出現紅色，毋須恐慌，停藥後會恢復正常，建議可和油脂類食物一起服用提高藥物吸收。如同一般口服藥，極少數人因體質可能發生藥物急性過敏，倘發生請停止用藥儘速回診。

四、治療進行中之注意事項：

(一)使用此處方須依醫師醫囑服用。

(二)治療者應加入「都治計畫」，由都治關懷員關懷服藥及觀察副作用。

(三)領藥後請儘快與公衛人員聯繫，討論初次服藥時間，以利預先規劃個人行程。

- 本藥品以專案進口方式向世界衛生組織委託之全球藥物購置機構(Global Drug Facility, GDF)購買，為世界衛生組織推薦之新劑型複方藥品。

  ※本藥品無衛生福利部藥品許可證，不適用藥害救濟法。
- 本藥品由衛生福利部疾病管制署公費提供使用，故必須接受衛生單位「都治」送藥服務。
- 本人已詳閱以上各項資料，有關本藥品之疑問業經開立醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。

治療醫師簽署：　　日期：　　年　　月　　日

服藥人簽署：　　日期：　　年　　月　　日

法定代理人簽署：(未成年應由法定代理人同意)

_____縣市衛生局
潛伏結核感染治療衛教及直接觀察治療(DOPT)同意書

接受治療者：_____　　身分證字號：_____

性別：_____　　出生年月日：_____年_____月_____日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染檢驗(皮膚結核菌素測驗或丙型干擾素釋放試驗)結果，並經由醫師評估顯示，目前您(或您的小孩) 有潛伏結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染治療，保護力可達 9 成以上，除可有效降低將來發病傳染給他人外，也可減少發病後需面對治療服藥時間較長、藥品種類較多及副作用較大的可能。

治療應注意事項如下：

一、 目前潛伏感染治療處方包含(勾選感染者治療處方)：

□1HP：每日服用 isoniazid (INH) + rifapentine(RPT)，共 28 次，計 1 個月療程

□3HP：每週服用 isoniazid (INH) + rifapentine(RPT)，共 12 次，計 3 個月療程

□4R：每日服用 rifampin (RMP)，共 120 次，計 4 個月療程

□3HR：每日服用 isoniazid (INH)+ rifampin (RMP)，共 90 次，計 3 個月療程

□6H：每日服用 isoniazid (INH)，共 180 次，計 6 個月療程

□9H：每日服用 isoniazid (INH)，共 270 次，計 9 個月療程

其他處方：_____備註：_____

- 請配合衛生單位安排，接受由關懷員關懷服藥，以達到服藥不忘記，安全地完成治療，發揮潛伏結核感染治療最大效益，減少日後發病風險；除使用 6H 及 9H 處方外(仍建議加入都治)，其餘處方必須由關懷員關懷服藥。

二、治療過程中，請每月回診進行追蹤，如有任何不舒服(發燒、頭暈、噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹、急性過敏反應等症狀)，請通知關懷員、衛生所護理人員或醫院結核病個管師，儘速安排返診，由醫師判斷是否繼續服藥或其他處置。

三、如果本單張未能解答您的問題，或您讀後仍有任何疑慮，請隨時向關懷員、醫師或護理人員查詢。

本人授權_____縣(市)衛生局下設立之都治關懷站保管本人潛伏結核感染治療藥品，並由關懷員關懷送藥，接受直接觀察治療服務。

備註：

1. 傳染病防治法第 48 條：曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
2. 未成年者應有法定代理人同意簽名。

直接觀察治療(DOPT)同意書

基於上述聲明：

□同意　□不同意

立同意書者與接受治療者之關係

□本人　_____（簽名）

□法定代理人_____（簽名）

中華民國____年____月____日

LTBI Treatment Education and Statement of Consent in DOPT
_____County/City Public Health Bureau

Name of Subject：_____ **Identification Number**：_____
Gender：_____ **Date of birth**：_____

Dear Sir/Madam:

The result of the latent tuberculosis infection (LTBI) test (Tuberculin Skin Test, TST or interferon-gamma release assay, IGRA), and the evaluation by the physician indicated that you have LTBI, but not active tuberculosis (TB). A complete course of treatment for LTBI can give more than 90% protection from developing active TB disease. This helps to effectively reduce the possibility of onset of TB disease and further transmission to the others.

Special Notice of LTBI treatment:

I. The following regimens are recommended for the treatment of LTBI.(Please mark V)

☐1HP：One month of daily isoniazid plus rifapentine (28 doses)

☐3HP：Three months of once-weekly isoniazid plus rifapentine (12 doses)

☐4R：Four months of daily rifampin (120 doses)

☐3HR：Three months of daily isoniazid plus rifampin (90 doses)

☐6H：Six months of daily isoniazid (180 doses)

☐9H：Nine months of daily isoniazid (270 doses)

others：_____

II. A directly observed preventive therapy (DOPT) observer will be arranged to provide DOPT service to help you complete the treatment.

III. You should have clinical evaluation at least once a month during the course of treatment. During the treatment, if you do not feel well (such as fever, dizziness, nausea, loss of appetite, pain in the upper right abdomen, numbness of limbs, yellowish skin or eyes, rashes, acute allergy, and other symptoms). Please inform the public health workers, or the TB case managers or the physicians in hospitals at once for management of the adverse events.

IV. If you have any questions, please do not hesitate to contact us at phone number_____.

I hereby authorize the public health station under the _____ County/City Public Health Bureau to safeguard my medications on LTBI, and the delivery of the medications by the public health workers for DOPT service.

LTBI Treatment and DOPT Consent

With regard to the declaration above:

☐ **Agree**

☐ **Disagree**

Relation between the undersigned and the subject of treatment

☐ **Myself** _____**(signature)**

☐ **Appointed Guardian**_____**(signature)**

Date: _____

多重抗藥性結核病個案接觸者之潛伏結核感染治療衛教及直接觀察治療(DOPT)同意書

接受治療者：_____　　身分證字號：_____
性別：_____　　出生年月日：_____年_____月_____日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染檢驗(結核菌素皮膚測驗或丙型干擾素釋放試驗)結果，並經由醫師評估顯示，目前您(或您的小孩) 有潛伏結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染治療，預防發病之保護力可達 9 成以上，除可有效降低將來發病傳染給他人外，也可減少發病後需面對治療服藥時間較長、藥品種類較多及副作用較大的可能。

治療應注意事項如下：

一、目前多重抗藥性結核病接觸者潛伏感染治療處方為 fluoroquinolone 類藥物(levofloxacin 或 moxifloxacin)單方或合併其他一種藥物(如 ethambutol、prothionamide、cycloserine)治療 9 個月。請配合抗藥性結核病醫療照護體系醫院安排，接受由關懷員關懷服藥，以達到服藥不忘記，安全地完成治療，發揮潛伏結核感染治療最大效益，減少日後發病風險。

二、治療過程中，請每月回診進行追蹤，如有任何不舒服(關節肌肉骨骼痠痛、失眠、噁心嘔吐、頭暈、頭痛、心悸、皮膚疹、疲倦、腸胃不適、眼白及皮膚變黃、急性過敏反應等症狀)，請通知關懷員、衛生所護理人員或醫院結核病個管師，儘速安排返診，由醫師判斷是否繼續服藥或其他處置。

三、如果本單張未能解答您的問題，或您讀後仍有任何疑慮，請隨時向關懷員、醫師或護理人員查詢。

本人授權_____醫院(抗藥性結核病醫療照護體系醫院)下設立之都治關懷站保管本人潛伏結核感染治療藥品，並由關懷員關懷送藥，接受直接觀察治療服務。

備註：

1. 傳染病防治法第 48 條：曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
2. 未成年者應有法定代理人同意簽名。

直接觀察治療(DOPT)同意書

基於上述聲明：

□同意　□本人　_____（簽名）

□不同意　□法定代理人_____（簽名）

與接受治療者之關係：_____

中華民國____年____月____日

潛伏結核感染治療個案管理

壹、收案及管理原則

一、執行方式：每月至少訪視 1 次，以面訪為主，以利副作用評估，適時以電訪為輔。

二、收案單位權責：以接觸者管理單位為主進行收案管理，可依個案實際狀況調整。

三、收案重點：

首次訪視個案應儘可能透過訪視及衛教，提高潛伏結核感染者接受完整治療之意願，且順利完成療程，並進一步評估其身體、心理及社會之整體狀態，以利掌握個別需求，並規劃後續照護重點。接受潛伏結核感染治療者首次收案重點提示如下表：

A.確認個案是否符合接受潛伏結核感染治療之對象
● 再次確認指標個案之各項檢驗狀態、接觸者是否曾為結核病個案或曾接受 LTBI 檢驗陽性或曾接受 LTBI 治療，以評估接觸者是否接受 LTBI 治療 ● 經合作醫師在「TB 接觸者就醫轉介單」確認需接受 LTBI 之治療者
B.確認個案基本資料
核對及詢問個案基本資料，如身分證字號、出生年月日、性別、體重、戶籍地、居住地、身分別、可聯絡家屬姓名、電話、個案疾病史、個案治療前身體狀況、主要照顧者等。了解家庭狀況、家屬支持度、社會經濟狀況等需求
C.掌握治療用藥及服藥狀態
● 了解治療情形，如服藥劑量、服藥情況等 ● 了解醫病關係是否良好，如有無固定醫師 ● 了解回診間隔時間、能否按時就醫 ● 評估對於肝炎、類流感症狀等副作用之瞭解，並視狀況加強衛教 ● 符合政策對象接受 LTBI 治療且使用短程處方者，應加入都治計畫；使用 6H 或 9H 處方者建議加入 ● 女性治療者是否懷孕或避孕情形
D.疾病衛教
● 發給智慧關懷卡並說明使用方法 ● 提供「潛伏結核感染治療指定醫療院所」名單 ● 指導個案及家屬目前有潛伏結核感染，但並非結核病發病，故無需擔心傳染給他人 ● 告知個案及主要照顧者，按規服藥之重要性 ● 未加入 DOPT 者，應指導藥品適當保存 ● 告知每月應依醫囑時間回診，以了解治療情況、肝功能監測及副作用評估 ● 協助心理調適

四、管理方式與期程：每個月面訪/電訪一次，以確認個案按規服藥，至完成療程為止。訪視

頻次可依個案服藥狀態及副作用情形調整。

五、管理內容：

(一)工作內容：建立管理資料，依個別需求提供照護，協助完成治療。

(二)管理重點：

1. 確認指標個案痰檢體之藥敏結果，並回饋臨床醫師參考。
2. DOPT 送藥方案之選擇
   (1) 由專案計畫關懷員每日關懷服藥，即時監測副作用發生。
   (2) 因時間因素無法配合關懷員進行 DOPT 者，則由地方衛生局評估接受治療者資格符合後，可選擇參加雲端都治計畫（e-DOPT），改以視訊方式進行。
   (3) 符合政策對象接受 LTBI 治療且使用短程處方者，應加入都治計畫；使用 6H 或 9H 處方者建議加入，由關懷員執行親眼目睹或視訊方式關懷服藥，以確保用藥安全。
3. 未加入都治計畫者，應確實訪視，觀察個案服藥情況，並實際核對領藥日期及剩藥數量，指導藥品適當保存，了解是否按時按量服藥；如未按時按量服藥應查明原因。
4. 詢問、觀察、評估個案有無服藥不適或副作用：
   (1) 以 INH 治療 LTBI 個案時，須留意肝炎的副作用；以 3HP、3HR 及 4R 處方治療時須注意黃疸及類流感症狀。
   (2) 35 歲以上的病人若在用藥前肝功能正常，則用藥期間不須常規檢驗肝功能，惟每月仍須回診，觀察結核病症狀及服藥情形。
   (3) 肝硬化、慢性肝炎、酒癮、注射藥癮、愛滋感染者及產後的婦女，應留意治療前抽血檢查肝功能之情形，服藥期間亦應加強肝功能副作用之評估與衛教。
   (4) 臨床出現肝炎的症狀及徵候，應儘速回診由醫師診察是否應停藥，並進行肝功能追蹤。
   (5) 使用 1HP 處方常見副作用為皮膚皮疹；使用 3HP 處方，約 21%可能出現輕微症狀，例如：噁心或嘔吐、肌肉痠痛、無力、疲倦、發燒等，大部分的人不影響正常作息；另外，與一般口服藥物相似，有可能因為體質關係（<1%的機會），對藥物產生急性過敏反應，例如低血壓、血管神經性水腫、暈厥等症狀，如果發生急性過敏反應，應請個案停止用藥並立即回診。請參見結核病診治指引第十章「潛伏結核感染(LTBI)診斷與治療」。
5. 察覺可能會中斷之處置：
   (1) 應儘速了解可能的中斷原因並克服，以達完成治療。
   (2) 如個案仍無意願繼續治療，應衛教使其了解發病風險，於醫囑停藥後儘速取得醫師簽署證明辦理銷案作業；並告知須辦理第 12 個月胸部 X 光檢查。

六、完成治療後注意事項：

(一)接受完整 LTBI 治療療程之個案無需進行第 12 個月胸部 X 光檢查。

(二)診療醫師確定銷案停止管理，個案管理者應收回智慧關懷卡。

貳、銷案作業：個案管理訪視紀錄完整，包括：

一、訪視紀錄完整：TB 系統資料依工作手冊規定訪視頻度執行訪視且維護完整，包括訪視日期、執行方式、副作用等資料。

二、就醫日誌完整：系統就醫日、用藥種類、用藥劑量、體重、領藥天數、服藥副作用等資料登載完整。

三、DOPT 個案資料完整：檢附書面同意書，系統資料 DOPT 日誌維護完整，包括執行及結束日期、診療醫師及機構與系統上日誌之登錄均相符。

四、銷案時個案已停止潛伏結核感染之治療。

五、依「結核病診治指引」標準治療處方為 1HP （28 天）、3HP 12 個劑量（3 個月）、RMP 4 個月（120 天）、3HR 3 個月（90 天）、INH6 個月（180 天）或 INH 9 個月（270 天）及 9FQ 9 個月（270 天），銷案原因始可登錄「完成治療」。

六、智慧關懷卡或治療結果調查表（附件 11-7）之親自診療醫師簽章，簽註「完成治療」。

七、智慧關懷卡或治療結果調查表之親自診療醫師簡述說明及簽章，簽註其他之銷案原因；如因拒絕或其他原因中斷者，管理單位個案管理者須詳查其原因並積極訪查及處理。

八、中斷治療：應瞭解中斷治療原因並於 TB 系統維護中斷治療原因。

九、治療中死亡：檢附地段訪視紀錄並經管理單位個案管理者負責人簽章證明個案死亡；或死亡診斷書等相關文件。

十、轉出：非本國人出境或是本國人出境超過 1 個月致無法完成治療，以轉出銷案。

十一、銷案作業時間：醫囑停藥後儘速取得醫師簽署證明，並於 30 個日曆天作業完成。

潛伏結核感染(LTBI)治療個案遷出入作業須知

一、管理單位歸屬認定原則：以接觸者管理單位為主進行收案管理，依個案可完成 LTBI 治療之實際狀況調整。

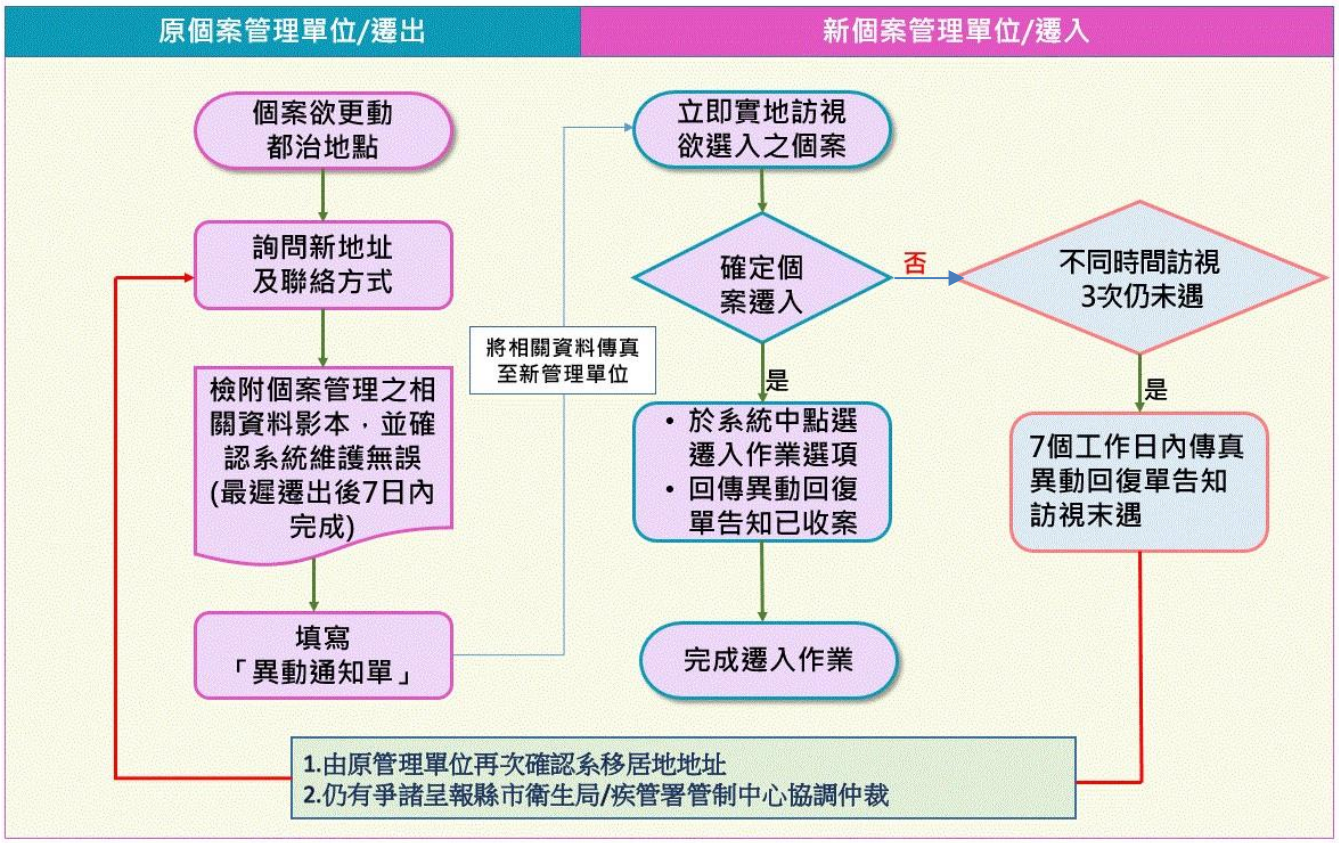
二、遷出入作業方式：

(一) 遷出：當個案都治地點需要更動時，原管理單位應詢問個案之實際/新地址及聯絡電話，並填寫「LTBI 治療個案管理異動通知單」傳真至承接管理之衛生所進行評估，承接管理單位不可要求個案須居住滿 2 個月後才辦理遷入作業。

(二) 代管：如短期(2 個月以內)暫時遷移他地，確知將遷回原居住地者可不必辦理遷出，以代管處理。訪視紀錄亦由代管單位逕自於結核病追蹤管理系統完成維護。代管達 2 個月後，代管單位即應收案。

(三) 代都：代為執行 DOPT，於完成代都作業後應覈實將相關資料（如 DOPT 日誌等）回傳原管理單位，針對系統 DOPT 日誌登錄由代都單位之關懷員維護。

三、 遷出入流程：



LTBI 治療個案管理異動通知單

目前管理單位	縣市　　所	
異動原因說明		
異動項目	□代都　　□代管（2 個月內）　　□遷出	
申請日期	年　　月　　日	
異動個案基本資料		
身分證號		**姓名**
目前實際居住地址		**連絡電話**
戶籍地址		**連絡電話**

茲有上列個案於　年　月　日遷移至貴轄區，檢附個案管理資料影本，請協助追蹤並請於　年　月　日前回復確認結果，此致

確認受理單位收取傳真日：
/　/

個案管理者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（職章）聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿傳真：＿＿＿＿＿＿

LTBI 治療個案管理異動回復單

受理單位	縣市　　所
訪查結果說明	
處理結果	□同意代都；關懷員證號：＿＿＿＿＿＿＿＿姓名：＿＿＿＿＿＿ □不同意代都
	□同意代管（2 個月內） □不同意代管
	□同意遷入　　□已更新系統管理單位 □不同意遷入
傳真回復日	年　　月　　日

個案管理者：＿＿＿＿＿＿（職章）聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿傳真：＿＿＿＿＿＿

受理單位收到本通知單後，請於 7 日內傳真回復申請衛生所。

收取異動回復單後，如經查詢結核病追蹤管理系統之個案管理單位尚未更新，可傳真回復單請受理單位所屬之疾管署管制中心協助更新管理單位。

各區管制中心傳真號碼：臺北區 02-25506137；北區 03- 3982913；中區 04-24753683；南區 06-2906714；高屏區 07-5571472；東區 03-8224732。

潛伏結核感染（LTBI）之治療情形調查表

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（請依照傳染病防治法第 39 條進行通報）

□異常無關結核（請繼續追蹤至排除結核病）：

□肋膜積水 □肺浸潤/陰影(支氣管發炎/擴張/浸潤) □肺炎/發炎/感染
□肉芽腫/結節 □粟粒狀病灶 □肺坍塌 □陳舊性肺結核 □矽肺病
□肺紋增加/粗糙 □肺門擴張 □間質增加 □纖維化/鈣化/胸(肋膜)增厚
□陳舊性發炎 □上縱膈腔變/較寬

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

□1HP □3HP □4R □3HR □6H □9H □9FQ □其他處方_____

□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. **個案仍需接受以下勾選之抗結核藥物治療，預計還要再治療____個月。**

□1HP □3HP □4R □3HR □6H □9H □9FQ □其他處方_____

□ 2. **個案已完整服用以下勾選處方，可完成治療，停藥日期：____年____月____日**

□1 個月 INH+RPT（1HP）、□3 個月 INH+RPT（3HP）、□4 個月 RMP（4R）、
□3 個月 INH+ RMP（3HR）、□6 個月 INH(6H）、□9 個月 INH（9H）或
□9 個月 fluoroquinolone 類藥品（9FQ）□其他處方_____

□ 3. **個案治療中死亡，死亡日期：____年____月____日**

□ 4. **個案____年____月____日中斷治療，原因如下：**

□經勸說後，本人（家屬）仍拒絕 □副作用 □確診為結核病
□預防性治療暴露滿 8 週 LTBI 檢驗陰性
□其他（請詳細說明）_____

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：_____
請填妥後儘速傳真：_____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