

潛伏結核感染 (LTBI) 之治療情形調查表

診療醫師您好：

我是_____衛生局的公共衛生護理人員_____，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：

(本欄由衛生局勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫)

- 1 結核菌素檢查：_____mm；檢查日期____年____月____日
- 2 丙型干擾素釋放試驗：_____；檢查日期____年____月____日
- 3 胸部 X 光檢查檢查結果：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，請衛生局所公共衛生護理人員不要勾選)

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 (9H/3HP/4R/3HR)，預計還要再治療_____個月
- 2 個案已服用 9 個月 INH (9H)、3 個月速克伏 (3HP)、4 個月 RMP (4R) 或 3 個月 INH+ RMP (3HR)，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
- 指標個案排除診斷
- 副作用
- 確診為結核病
- TST 陰性開始治療，8 週後之 TST 未陽轉而停止治療
- 其他_____
- (本欄由醫師填寫，請衛生局所公共衛生護理人員不要勾選)

* 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