

## 結核病個案疫情調查評估事項

(提供公衛人員參考)

## 一、個案基本資料：

姓名		性別		國籍	
身分證號		年齡		出生日期	
學校名稱	學校/班級/系所/公司	身分	學生/老師/員工/雇主	入校日期	
通報醫院		通報		通報日期	
居住地	(縣市)	(鄉鎮)		用藥日期	
戶籍地	(縣市)	(鄉鎮)		確診日期	

## 診斷概況：

- 病灶部位：肺結核 肺外結核(部位：\_\_\_\_\_)
- 疾病分類：新案 重開案(前次銷案日期/原因：\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;\_\_\_\_\_)
- 通報原因：因症就醫 接觸者篩檢 體檢異常 其他：\_\_\_\_\_
- 確診狀態：確診 未確診

## 二、個案疾病與實驗室結果

## (一)、個案疾病

## 1.結核病過去史評估

項目	結核病史(無者以下免填)	結核病接觸史(無者以下免填)
與指標個案關係		
指標個案 治療狀況	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療中
	<input type="checkbox"/> 已治癒	<input type="checkbox"/> 已治癒
	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 未治療
指標個案 傳染力評估	<input type="checkbox"/> 痰塗片陽性	<input type="checkbox"/> 痰塗片陽性
	<input type="checkbox"/> 痰培養陽性	<input type="checkbox"/> 痰培養陽性
	<input type="checkbox"/> CXR 異常有空洞	<input type="checkbox"/> CXR 異常有空洞

## 2.其他相關疾病

- 無
- B 肝帶原(或其他肝病) 過敏 氣喘 高血壓 糖尿病 心臟病 營養不良
- 胃切除或腸造瘻 手術 腎臟病 洗腎 癌症 痛風 塵肺症(矽肺症) HIV+
- 毒癮 藥物濫用 酗酒 吸菸 BMI<20 免疫力不全或免疫抑制治療中
- (如：器官移植、化學治療) 其他(\_\_\_\_\_)

### 3. 旅遊或接觸(含動物接觸)史(可複選)

- 個案未滿 5 歲  個案為懷孕或產後婦女  
 曾與結核病個案相處  
 曾與疑似抗藥性結核病個案相處，日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 家庭內  機構內 (不含醫療院所)  醫療院所  其他 \_\_\_\_\_  系統勾稽取得  
 國外居住史  
 中國大陸，日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 其他國家：\_\_\_\_，日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 原住民  外籍移工  外籍配偶  學生  臨時工  遊民、街友  其他：\_\_\_\_\_

個案曾有下列情況

- 曾居住於以下： 矯正機關  長期照顧機構  遊民收容所  學生宿舍  
 曾是以下工作者： 矯正機關  醫療院所  遊民收容所  畜牧場/屠宰場(以牛羊鹿為主)  
 其他 (請於下方說明)：

### 4. 求診與治療過程 (含如何發現、目前用藥治療經過與現況)：

#### (二) 實驗室結果

##### 1. 驗痰結果

檢驗方法	年 月 日	年 月 日	年 月 日
痰塗片	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢
NAAT	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無送驗需求	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無送驗需求	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無送驗需求
痰培養	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢
菌株鑑定	<input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> NTM	<input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> NTM	<input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> NTM

##### 2. 胸部 X 光

檢查日	年 月 日
檢查結果	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常無空洞 <input type="checkbox"/> 異常有空洞 <input type="checkbox"/> 異常無關結核

##### 3. 肺外結核

肺外結核部位	<input type="checkbox"/> 肋膜積水 <input type="checkbox"/> 腦結核 <input type="checkbox"/> 骨結核 <input type="checkbox"/> 淋巴結核 <input type="checkbox"/> 皮膚結核 <input type="checkbox"/> 其他部位 _____
--------	--

##### 4. 藥敏報告

藥物種類	藥敏報告		
INH	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中
RMP	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中
EMB	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中
SM	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中
其他 ( )	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中

### 三、個案發病、可傳染期及都治情形

症狀開始日	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 有症狀：____年__月__日 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳血 <input type="checkbox"/> 夜間盜汗 <input type="checkbox"/> 體重減輕 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 食慾差 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 長期疲憊/不舒服 <input type="checkbox"/> 胸悶胸痛 <input type="checkbox"/> 其他 ( _____ )
可傳染期	____年__月__日至____年__月__日
DOT 情形	<input type="checkbox"/> 加入都治            加入日期：____年__月__日 <input type="checkbox"/> 未加入都治          未加入原因： <input type="checkbox"/> 拒絕 <input type="checkbox"/> 未用藥 <input type="checkbox"/> 其他原因

### 四、個案活動調查：

活動地點	暴露頻率(天/週)	每天暴露時間(時/天)	人數
<input type="checkbox"/> 學校 ( 同班同學 )			
<input type="checkbox"/> 學校 ( 老師 )			
<input type="checkbox"/> 學校 ( 同班之外修習相同課程同學 )			
<input type="checkbox"/> 補習班			
<input type="checkbox"/> 辦公室			
<input type="checkbox"/> 社區大學			
<input type="checkbox"/> 校車			
<input type="checkbox"/> 社團			
<input type="checkbox"/> 宿舍			
<input type="checkbox"/> 住家			
<input type="checkbox"/> 網咖			
<input type="checkbox"/> KTV 電玩等密閉空間之娛樂場所			
<input type="checkbox"/> 打工/兼職			
<input type="checkbox"/> 實習，地點_____			
<input type="checkbox"/> 其他			
備註： 描述性補充說明			

### 五、接觸者調查：

接觸者：共 \_\_\_\_人；( 其中家戶\_\_\_\_人 校園/職場\_\_\_\_人 未滿 5 歲\_\_\_\_人 )  
 與指標個案終止有效暴露時間\_\_\_\_\_

### 六、個案特殊狀況：

<input type="checkbox"/> 指標個案請假未至學校上課(或上班)：____年__月__日至____年__月__日 <input type="checkbox"/> TB 治療且 DOTS 2 週 <input type="checkbox"/> 痰培養陰轉 <input type="checkbox"/> 指標個案持續佩戴醫療級以上口罩上課 <input type="checkbox"/> 接觸者持續佩戴 N95(含)等級以上之口罩 <input type="checkbox"/> 其他：_____
---