

OO 縣/市 OO 鄉/鎮/市/區 OO 校園疑似結核病聚集事件疫情調查報告 (初報、續報)

一、緣由 (簡述疫情發現)

_____ 衛生局獲知疑似聚集事件日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 衛生局調查報告日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

OO 校園自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日累計通報個案數：_____ 人

二、個案調查 (人、時、地):

(一) 個案簡表

編號	1	2	3
姓名			
性別			
身分證號			
國籍			
通報年齡			
通報日			
確診狀態			
通報醫院			
主要活動地			
備註說明			

報告單位：_____ 報告者：_____

(二) 初判結果：是 否 為疑似結核病聚集事件

(三) 備註說明：

研判單位：_____ 研判者：_____

三、個案調查 (基本資料、本次疾病情形、目前醫療處置及過去病史):

(一) 個案簡表

編號	1	2	3
姓名			
身分證號			
通報原因/方式	<input type="checkbox"/> 因症就醫 <input type="checkbox"/> 新生體檢 <input type="checkbox"/> 接檢	<input type="checkbox"/> 因症就醫 <input type="checkbox"/> 新生體檢 <input type="checkbox"/> 接檢	<input type="checkbox"/> 因症就醫 <input type="checkbox"/> 新生體檢 <input type="checkbox"/> 接檢
確診日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
症狀開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
初次痰抹片日期/結果	_____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	_____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	_____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
初次痰培養日期/結果	_____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> 其他 TB	_____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> 其他 TB complex	_____ 年 _____ 月 _____ 日/ <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> 其他 TB complex

編號	1	2	3
	complex <input type="checkbox"/> NTM <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> NTM <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> NTM <input type="checkbox"/> 陰性
MTB 鑑定日期	___年___月___日	___年___月___日	___年___月___日
本次通報之前 CXR 檢查日期與結果 (如：體檢)	___年___月___日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無	___年___月___日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無	___年___月___日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無
通報時 CXR 日期/結果	___年___月___日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無	___年___月___日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無	___年___月___日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無
可傳染期	___年___月___日 至___年___月___日	___年___月___日 至___年___月___日	___年___月___日 至___年___月___日
藥敏結果	<input type="checkbox"/> 全敏感 抗藥： <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 全敏感 抗藥： <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 全敏感 抗藥： <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> SM <input type="checkbox"/> 其他_____
送分子分型檢驗日期	___年___月___日	___年___月___日	___年___月___日
分子分型檢驗	與案__同，與案__不同	與案__同，與案__不同	與案__同，與案__不同
入學就讀日期	___年___月___日	___年___月___日	___年___月___日
可傳染期學校、系所及班級			
可傳染期活動範圍	<input type="checkbox"/> 必修/選修課程： <input type="checkbox"/> 社團： <input type="checkbox"/> 校車： <input type="checkbox"/> 課後晚自習/補習/進修： <input type="checkbox"/> 打工/實習： <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 必修/選修課程： <input type="checkbox"/> 社團： <input type="checkbox"/> 校車： <input type="checkbox"/> 課後晚自習/補習/進修： <input type="checkbox"/> 打工/實習： <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 必修/選修課程： <input type="checkbox"/> 社團： <input type="checkbox"/> 校車： <input type="checkbox"/> 課後晚自習/補習/進修： <input type="checkbox"/> 打工/實習： <input type="checkbox"/> 其他_____
開始治療日	___年___月___日	___年___月___日	___年___月___日
個案現況			
備註	與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____	與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____	與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____

個案	接觸者身分	接觸者應檢人數	第一次 CXR 檢查結果					IGRA(未滿五歲以 TST 為優先)完成數(%)	IGRA(未滿五歲以 TST 為優先)陽性人數(%)	LTBI 治療人數(%)	備註
			完成數(%)	正常數(%)	異常(疑似結核)數(%)	異常無關結核數(%)	其他異常應追蹤數(含肺浸潤)(%)				
案 2	家戶										
	同住(室友)										
	班級										
	社團										
	校車										
案 3	家戶										
	同住(室友)										
	班級										
	社團										
	校車										

六、校園防治作為：

(一) 學校防治作為

(二) 衛生局防治作為

接觸者衛教說明會：已舉行，日期____年____月____日

尚未舉行，預定日期____年____月____日

(三) 管制中心防治作為(管制中心撰寫)

七、聚集事件判定：

(一) 個案流病關連性

(二) 菌株送驗基因型別比對：

送驗日期：____年____月____日，

報告日期：____年____月____日，結果：_____

(三) 基因型別比對相同是否具明顯流病關聯性

是

否：

1、由指標個案回溯兩年之校園學生/教職員工(含外包,離職)名單勾稽 TB 系統比對：

已做, 結果：_____ (若往前回溯找到其他個案, 則疫調時案號以英文表示, 如案 A)

未做

2、環境評估是否需外部相關專家協助：

是, 預定日期____年____月____日

否

(四) 結核病聚集研判

確定 排除 可能

八、專家會議(可附上會議記錄,且需包含以下事項):

(一) 召開日期：_____年____月____日

(二) 會議決議事項：

1、接觸者追蹤範圍：

2、追蹤頻率/方式/期程：

3、LTBI 評估與治療：

3-1、對象：

3-2、人數：

4、追蹤事項：