

調查日期：年月日

調查人/單位：

## M 痘疫調單

## 一、基本資料：

## 1. 通報資料

法傳編號		通報日期 (西元年)	年月日
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 第三性別
出生日期 (西元年)	年月日	國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 其他，國籍：
發病日期 (西元年)	年月日		

是否為醫療機構人員\*

否；是，職稱：

註：\*醫療機構人員包含：醫師、護理師、其他醫事人員、醫學院學生、醫院志工、清潔人員、外包人員、醫院餐廳員工、與救護人員等。

## 2. 職業及身分別(可複選)

- 學生    教保/托育人員    現役軍人    廚師    餐飲從業人員  
飯店/旅館業之員工    溫泉/SPA/泳池/三溫暖之員工  
農業    漁業    伐木業    營造業    畜牧業(含牛、羊、豬)    屠宰業    禽畜相關從業人員    獸醫師    實驗室工作人員  
看護人員    養老院/養護中心之員工    救護人員    醫事人員    醫護人員  
醫療廢棄物清潔人員    性工作者    水塔/水池清潔人員    職業駕駛  
新住民之子女，父母國籍為：    無業  
其他，說明

## 3. 性行為模式

- 從未發生性行為  
同性間性行為  
異性間性行為  
雙性間性行為

## 二、 臨床狀況：

### 1. 症狀(初始症狀或疾病過程中曾出現)

- 皮膚疹(除口腔與生殖器外)  口腔皮膚病灶  生殖器皮膚病灶  發燒  
 全身淋巴結腫大  局部淋巴結腫大  咳嗽  畏寒  喉嚨痛  
 肌肉酸痛  腹瀉  噁心/嘔吐  結膜炎  頭痛  
 關節痛  全身倦怠  其他(請註明),

最早出現症狀之日期：(西元年) 年 月 日

最早出現皮疹之日期：(西元年) 年 月 日

### 2. 發病期間就醫歷程(含確診後安排就醫院所，如篇幅不足，請自行增列)

否； 是(續填以下欄位，可複選)

門診就醫？

醫療院所名稱	日期(西元年/月/日)

住院治療？

醫療院所名稱	型態	就醫日期(西元年/月/日) (住院中不用填結束日期)	備註(非必填)
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	年月日~ 年月日	
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	年月日~ 年月日	

### 3. 是否有慢性疾病及相關危險因子？ 否； 是(續填以下欄位，可複選)

- 精神疾病  
 神經肌肉疾病  
 氣喘

- 慢性肺疾(如支氣管擴張、慢性阻塞性肺疾等，氣喘除外)
- 糖尿病
- 代謝性疾病(如高血脂，糖尿病除外)
- 心血管疾病(高血壓除外)
- 肝臟疾病(如肝炎、肝硬化等)
- 腎臟疾病(如慢性腎功能不全、長期接受血液或腹膜透析等)
- 仍在治療中或未治癒之癌症
- 免疫低下狀態，說明：
- 懷孕：週數(週)
- 肥胖(BMI  $\geq$  30)
- 其他，說明

4. 是否曾接種天花或 M 痘疫苗？ 否；是（續填以下欄位）

接種原因：

- 過去曾接種，與本次事件無關
- 因本事件接種暴露前預防疫苗，疫苗名稱\_\_\_\_\_，  
第一劑接種日期\_\_\_\_\_/第二劑接種日期\_\_\_\_\_
- 因本事件接種暴露後預防疫苗，疫苗名稱\_\_\_\_\_，  
第一劑接種日期\_\_\_\_\_/第二劑接種日期\_\_\_\_\_

5. 是否同時或 12 個月內曾診斷其他性病？ 否；是（續填以下欄位）

- 披衣菌感染
- 淋病
- 生殖器疱疹
- 性病淋巴肉芽腫 (Lymphogranuloma venereum, LGV)
- 生殖道黴漿菌(Mycoplasma genitalium)
- 陰道滴蟲
- 生殖器疣
- HIV 感染，最近一次檢驗 CD4 細胞數目：\_\_\_\_\_
- 梅毒

6. 是否接受 M 痘抗病毒藥物治療？ 否；是（續填以下欄位）

- Tecovirimat
- Brincidofovir
- Cidofovir
- Vaccinia Immune Globulin Intravenous (VIGIV)
- 其他，說明：\_\_\_\_\_

三、 發病前出國史及接觸史調查：

1. 發病前 21 天內是否曾出國：否 ；是（續填以下欄位）

曾至之國家和地點(如篇幅不足，請自行增列)：

國家/ 城市	日期起迄 (西元年/月/日)	出國型態或目的	交通工具或 航班編號及座位	若有同行者，其健 康狀況
	年月日~ 年月日	<input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 經商 <input type="checkbox"/> 探親 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 其他，請註明		<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 有症狀，請註明
	年月日~ 年月日	<input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 經商 <input type="checkbox"/> 探親 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 其他，請註明		<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 有症狀，請註明

2. 發病前 21 天內接觸史調查：

是否曾接觸有 M 痘類似症狀或確定病例：否 ；是（續填以下欄位，可複選）

接觸場所與方式為： 同住  同處工作  校園  醫療院所  性接觸  
 其他（如派對、酒吧或大型活動等），請註明

接觸起迄日期：年月日至年月日

是否曾接觸 M 痘極可能或確定病例之呼吸道分泌物、體液（包含實驗室檢體）：  
否 ；是（續填以下欄位，可複選）

接觸場所為： 醫療院所  實驗室  
 其他，請註明

接觸起迄日期： 年 月 日至 年 月 日

3. 發病前 21 天是否曾至醫療院所：否 ；是（續填以下欄位，如篇幅不足，請自行增列）

門診就醫？

醫療院所名稱	日期(西元年/月/日)

住院治療？

醫療院所名稱	型態	就醫日期(西元年/月/日) (住院中不用填結束日期)	備註(非必填)
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	年月日~ 年月日	
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	年月日~ 年月日	

4. 發病前 21 天內之動物接觸史調查：

是否飼養或接觸任何寵物(除嚙齒目外)：否；是，請註明

是否飼養或接觸任何齧齒目寵物：否；是，請註明

是否曾接觸或食用野生動物：否；是，請註明

是否有其他動物接觸史：否；是，請註明\_\_\_\_\_

四、發病後活動史與接觸者調查(接觸者定義請參照指引)：

1. 個案發病日起至隔離前活動史調查

時序	日期	國家/縣市	地點/場所	交通工具
發病當日				
發病後第 1 日				
發病後第 2 日				
發病後第 3 日				
發病後第 4 日				
發病後第 5 日				
發病後第 6 日				
發病後第 7 日				
發病後第 8 日				
發病後第 9 日				
發病後第 10 日				
發病後第 11 日				
發病後第 12 日				
發病後第 13 日				
發病後第 14 日				

## 2. 自個案發病日起至隔離前接觸者調查

接觸者類別	是否適用	總數	有症狀 人數	備註
同住者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
性接觸者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
其他接觸者(如同病室、照護醫療人員、 會發生性行為之營業場所密切接觸者， 請註明)：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

### 五、 備註(其他補充事項)

1. 個案於可傳染期期間若有下列「接觸風險等級高」之接觸者，請至接觸者健康追蹤管理系統[<https://trace.cdc.gov.tw>]維護接觸者調查資料。
  - (1) 同住家人。
  - (2) 曾有任何形式性接觸之性伴侶。
  - (3) 曾在無適當防護下，皮膚或黏膜與確診病患之皮膚、黏膜或呼吸道分泌物，或可能被其污染之物品(如衣物或床單)有接觸者。
  - (4) 於個案執行會產生飛沫微粒(aerosol)之醫療措施時，與個案同一房間或相距2公尺內，未穿戴 N95 面罩與護目鏡/面罩之執行醫療措施人員。
  - (5) 清掃被污染的房間時無適當防護，可能吸入飛沫或揚塵者。
  - (6) 實驗室操作過程中曾於無適當防護狀況下暴露於具活性的 M 痘病毒，或可能含有病毒之檢體者。
  - (7) 被 M 痘個案使用過之尖銳物品造成穿透性傷害(如：針扎)。
2. 接觸者匡列原則詳見「M 痘疫情調查及接觸者追蹤指引」。