

## 結核病接觸者檢查衛教及通知書

您好：

依據疫情調查結果顯示，您(或貴子弟)曾暴露結核菌，為了您的健康並依「傳染病防治法」第四十八條規定，對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，應配合衛生單位進行相關追蹤檢查。

### 壹、檢查方式：

- 一、所有接觸者均進行胸部 X 光檢查。
- 二、倘為須接受潛伏結核感染治療評估者，須再加作潛伏結核感染檢驗。

### 貳、結核病衛教及相關檢查：

#### 一、結核病衛教：

結核病是藉由空氣傳染(air-borne infection)的疾病，早期症狀並不明顯，常見咳嗽(特別是 2 週以上)、發燒、食慾不振、體重減輕、倦怠、夜間盜汗、胸痛等症狀。有些個案是因為接受健康檢查才被發現，也有很多個案在初期被當作一般感冒治療。最常見的感染者是與傳染性個案同住或較為親近的密切接觸者。

一般人受到結核菌感染後，終其一生約有 10% 的發病機會，距離受感染的時間愈近，發病機會愈大；倘年紀很小就受到感染，累積下來的一生發病風險就會大於 10%，而且終生有發病的可能性。倘您咳嗽超過 2 週，建議應儘速向專科醫師求診，並告知醫師自己曾是結核病人的接觸者，以提供醫師完整的診療訊息。

#### 二、胸部 X 光檢查：檢查是否罹患結核病。

※第 1 次胸部 X 光檢查時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。

※第 12 個月胸部 X 光檢查時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月。(確切日期屆時再行通知)

※抗藥性指標個案接觸者，每半年胸部 X 光時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月。(如須檢查者，後續檢查日期屆時再行通知)

#### 三、潛伏結核感染檢驗：

檢查是否感染結核菌，未滿 2 歲接觸者須進行結核菌素測驗，2 歲(含)以上接觸者須進行丙型干擾素釋放檢驗(IGRA)，2 歲(含)至未滿 5 歲無法抽血者，得以結核菌素方式測驗，以提供醫師綜合性潛伏結核感染治療判斷的參考依據。

潛伏結核感染者不具傳染力，無需驚慌，只要配合檢查及治療，可獲得 90% 以上的保護力，預防發病成為結核病。

#### (一) 結核菌素測驗：

於左前手臂內側進行測驗，其後必須於 48 至 72 小時內由專業人員為您(或貴子弟)記錄反應，注射點針孔極小，無需敷藥或覆蓋紗布，注射後即可正常活動；少數人在注射部位會產生輕微紅腫或潰瘍，這是免疫反應的現象，通常毋須治療，只要保持清潔乾燥即可。

※結核菌素測驗時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日並於\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日進行判讀結果。

備註：\_\_\_\_\_

(二)丙型干擾素釋放試驗(IGRA)：由醫事人員進行抽血作業，血液檢體約 4-5 cc。

※IGRA 檢驗抽血時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。

備註：\_\_\_\_\_

### 參、後續追蹤：

- 一、在未來 1 年內，請依衛生單位安排的時間，進行必要的胸部 X 光檢查，並請持續進行『自我健康監測』。胸部 X 光檢查異常者，若有發病的懷疑，醫師會進一步安排驗痰細菌學檢查並提供追蹤治療服務。
- 二、潛伏結核感染檢驗陽性者，轉介進行潛伏結核感染治療評估：
  - (一) 公共衛生人員會將您(或貴子弟)轉介至專業的治療醫師，評估採取哪一種潛伏結核感染治療處方。
  - (二) 醫師會為您(或貴子弟)進行相關身體健康檢查後，根據指標個案菌株的抗藥狀況、潛伏結核感染檢驗結果與胸部 X 光檢查，排除結核病後，綜合研判感染者最適合哪一種潛伏結核感染治療。
  - (三) 經醫師評估需治療者，衛生單位會配合您(或貴子弟)的作息時間，由「關懷員」協助提供都治服藥關懷，以達到服藥不忘記，安全地完成治療，以發揮潛伏結核感染治療最大效益；未治療或無法依建議完成治療者請加強自我症狀監測，並配合衛生單位安排第 12 個月胸部 X 光檢查(抗藥性指標個案之接觸者，如須每半年 1 次胸部 X 光，追蹤 2 年者，公衛管理人員將另行通知)。

### 肆、法規規範：

依據「傳染病防治法」第四十八條第一項規定，主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；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。違反者處新台幣 6 萬元以上 30 萬元以下之罰鍰。為維護您(或貴子弟)自身的健康，請配合當地衛生主管機關進行接觸者檢查事宜。

### 伍、聯絡方式：

本份檢查通知書已由\_\_\_\_\_衛生所(局)的承辦人\_\_\_\_\_為您說明，若您對於接觸者檢查等事項仍有疑問，請撥打電話：\_\_\_\_\_與衛生所聯繫，工作人員將儘速為您說明處理。此外，倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生所。



衛生福利部疾病管制署關心您的健康

### 結核病接觸者檢查通知書回條(如需收取回條者，請單面列印 撕下交回)

本人\_\_\_\_\_ (簽名) 已詳閱本通知書

法定代理人\_\_\_\_\_ (簽名) (若接觸者為在學學生，其班級\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班)