附件 12-2

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

一、緣由 (簡述發現)

_____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

○○(機構名稱)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	□因症就醫 □接檢/例行 CXR	□因症就醫 □接檢/例行 CXR	□因症就醫 □接檢/例行 CXR
確診日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日

編號	1	2	3
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/ □陽性 □陰性	____年____月____日/ □陽性 □陰性	____年____月____日/ □陽性 □陰性
初次痰培養日期/結果	____年___月___日/ □MTB □其他 TB complex □NTM □陰性	____年___月___日/ □MTB □其他 TB complex □NTM □陰性	____年___月___日/ □MTB □其他 TB complex □NTM □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	____年____月____日 □正常 □異常，無關結核 □異常，且有空洞 □異常，但無空洞 □無	____年____月____日 □正常 □異常，無關結核 □異常，且有空洞 □異常，但無空洞 □無	____年____月____日 □正常 □異常，無關結核 □異常，且有空洞 □異常，但無空洞 □無
通報時 CXR 日期/結果	____年____月____日 □正常 □異常，無關結核 □異常，且有空洞 □異常，但無空洞 □無	____年____月____日 □正常 □異常，無關結核 □異常，且有空洞 □異常，但無空洞 □無	____年____月____日 □正常 □異常，無關結核 □異常，且有空洞 □異常，但無空洞 □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	□全敏感 抗藥： □INH □RMP □EMB □SM □其他_____	□全敏感 抗藥： □INH □RMP □EMB □SM □其他_____	□全敏感 抗藥： □INH □RMP □EMB □SM □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
入住機構/任職日期	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
可傳染期居住房間			
可傳染期活動範圍	□臥床 □交誼廳 □復健室 □辦公室 □其他_____	□臥床 □交誼廳 □復健室 □辦公室 □其他_____	□臥床 □交誼廳 □復健室 □辦公室 □其他_____

編號	1	2	3
隔離情形與日期	□負壓（床號） □其他_____ ____年___月___日 至____年___月___日	□負壓（床號） □其他_____ ____年___月___日 至____年___月___日	□負壓（床號） □其他_____ ____年___月___日 至____年___月___日
開始治療日	____年___月___日	____年___月____日	____年___月___日
個案現況			
備註	□呼吸器使用 □與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____	□呼吸器使用 □與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____	□呼吸器使用 □與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____

(二)個案描述

(三)個案關係圖

四、環境調查：請簡述(依實際調查狀況填列)

(一) 機構型態簡介：長期照護（安養中心、護理之家）、呼吸照護病房、醫院工作者、職場及機構人員人數。

(二) 機構建築型態—

1、實地勘查之環境樓層分布情形（檢附平面圖說明）。

2、描述通風情形（開窗情形、獨棟中央空調或單一冷氣），房室阻隔情形（如簾子、半隔間）。

2-1、□是 □否 空調之進出氣口運作

2-2、□有 □無 換氣(與外界新鮮氣體交換)

2-3、□有 □無 於換氣管路安裝效期內之高效濾網(High-Efficiency Particulate Air, HEPA)

2-4、換氣率(air change per hour, ACH)：_____

2-5、CO_2 濃度監測資料(ppm)：_____(須註明量測當時室內人數與室外 CO_2 值)

3、□有 □無 紫外線殺菌設備

(三) 個案暴露之環境調查—

1、上述環境中，通報個案及接觸者**共同暴露**之環境。

2、接觸者與指標個案的**可傳染期活動空間、環境**，如：寢室、病房、交誼室活動/辦公座位、病房床位安排與流動情形、工作類型、人員互動、交流情形。

3、接觸者與指標個案的**可傳染期接觸情形**，共同相處之時間、頻率等。

五、接觸者調查：【應有接觸者之基本資料（身分證號、性別、年齡）、與個案關係、接觸頻率、期間、是否曾為結核病個案等資料備查】

（一）接檢結果異常之接觸者後續追蹤情形。

（二）接觸者調查統計：

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1	家戶										
	共同居住										
	職場										
	醫療照護者										
案2	家戶										
	共同居住										
	職場										
	醫療照護者										
案3	家戶										
	共同居住										
	職場										
	醫療照護者										

六、機構感染管制措施/防治作為:

(一)機構防治作為

1、住民/醫療照護人員均執行每年 CXR：□是（每年____月）□否

2、住民入住前評估措施？

□是，包含 □胸部 X 光 □疑似 TB 症狀驗痰 □疑似個案採取適當隔離措施

□否

3、發生疑似結核病聚集事件時，機構採取哪些措施以早期發現個案（如：胸部 X 光、疑似 TB 症狀驗痰、咳嗽監測、七分篩檢法…等）？

4、接觸者為醫療照護人員且發病?

□是，與指標個案關聯性，請說明：_____

□否

5、醫療照護人員採取適當個人防護措施，如執行誘發 aerosol droplet procedure 戴 N95 等措施：□是 □否

6、環境/換氣改善追蹤管理事項

(二)衛生局防治作為

(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機構住民/人員（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)結核病聚集事件研判

□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、 感控措施建議：

5、 追蹤事項：