

潛伏結核感染 (LTBI) 之治療情形調查表

診療醫師您好：

我是 _____ 衛生局/所的公衛管理人員 _____，為了協助個案管理工作的進行，請您撥冗填寫下列勾選問題，謝謝！

個案姓名： _____ 身分證字號： _____ 病歷號： _____

此個案為結核病接觸者，請提供資料，俾便追蹤管理：

(本欄由衛生局/所勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫)

1. 結核菌素測驗：_____ mm；檢查日期____年____月____日備註：_____
2. 丙型干擾素釋放試驗：結果_____；檢查日期____年____月____日備註：_____
3. 胸部 X 光檢查結果：檢查日期____年____月____日
- 正常
- 疑似肺結核： 異常，無空洞 異常，有空洞 (請依照傳染病防治法第 39 條進行通報)
- 異常無關結核 (請繼續追蹤至排除結核病)：
- 肋膜積水 肺浸潤/陰影(支氣管發炎/擴張/浸潤) 肺炎/發炎/感染
- 肉芽腫/結節 粟粒狀病灶 肺坍塌 陳舊性肺結核 矽肺病
- 肺紋增加/粗糙 肺門擴張 間質增加 纖維化/鈣化/胸(肋膜)增厚
- 陳舊性發炎 上縱膈腔變/較寬
4. 經評估需進行潛伏結核感染之治療 (Treatment of LTBI)：
- 1HP 3HP 4R 3HR 6H 9H 9FQ 其他處方 _____

請問個案潛伏結核感染治療的情形：

(本欄由衛生局/所勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫。)

1. 個案仍需接受以下勾選之抗結核藥物治療，預計還要再治療____個月。
- 1HP 3HP 4R 3HR 6H 9H 9FQ 其他處方 _____
2. 個案已完整服用以下勾選處方，可完成治療，停藥日期：____年____月____日
- 1 個月 INH+RPT (1HP)、 3 個月 INH+RPT (3HP)、 4 個月 RMP (4R)、 3 個月 INH+ RMP (3HR)、 6 個月 INH(6H)、 9 個月 INH (9H) 或 9 個月 fluoroquinolone 類藥品 (9FQ) 其他處方 _____
3. 個案治療中死亡，死亡日期：____年____月____日
4. 個案____年____月____日中斷治療，原因如下：
- 經勸說後，本人(家屬)仍拒絕 副作用 確診為結核病
- 預防性治療暴露滿 8 週 LTBI 檢驗陰性
- 其他 (請詳細說明) _____

請問個案其他問題：

※填寫人資料：

醫院名稱：_____ 醫師：_____

日期：_____ 連絡電話：_____

請填妥後儘速傳真：_____ 縣市衛生局 FAX：_____ TEL：_____

感謝您對結核病防治工作的支持與協助！

請保護個案隱私，傳真後轉交貴院結核病個案管理師保存