

潛伏結核感染(LTBI)治療個案遷出入作業須知

一、管理單位歸屬認定原則：以接觸者管理單位為主進行收案管理，依個案可完成 LTBI 治療之實際狀況調整。

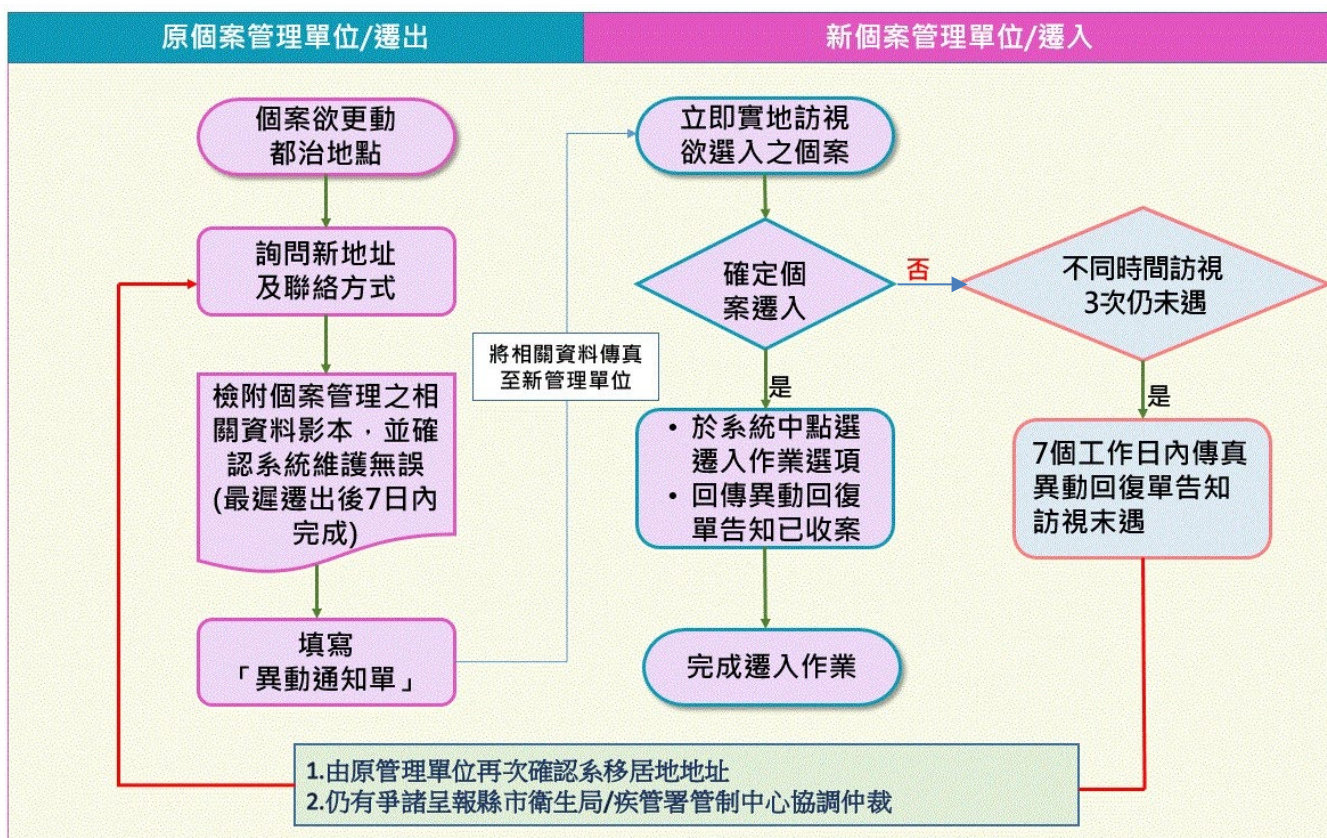
二、遷出入作業方式：

(一) 遷出：當個案都治地點需要更動時，原管理單位應詢問個案之實際/新地址及聯絡電話，並填寫「LTBI 治療個案管理異動通知單」傳真至承接管理之衛生所進行評估，承接管理單位不可要求個案須居住滿 2 個月後才辦理遷入作業。

(二) 代管：如短期(2 個月以內)暫時遷移他地，確知將遷回原居住地者可不必要辦理遷出，以代管處理。訪視紀錄亦由代管單位逕自於結核病追蹤管理系統完成維護。代管達 2 個月後，代管單位即應收案。

(三) 代都：代為執行 DOPT，於完成代都作業後應覈實將相關資料(如 DOPT 日誌等)回傳原管理單位，針對系統 DOPT 日誌登錄由代都單位之關懷員維護。

三、遷出入流程：



LTBI 治療個案管理異動通知單

目前管理單位	縣市	所
異動原因說明		
異動項目	<input type="checkbox"/> 代都 <input type="checkbox"/> 代管 (2 個月內) <input type="checkbox"/> 遷出	
申請日期	年 月 日	
異動個案基本資料		
身分證號		姓名
目前實際 居住地址		連絡電話
戶籍地址		連絡電話

茲有上列個案於 年 月 日遷移至貴轄區，檢附個案管理資料影本，請協助追蹤並請於 年 月 日前回復確認結果，此致

個案管理者：_____ (職章) 聯絡電話：_____ 傳真：_____

確認受理單位
收取傳真日：
/ /

LTBI 治療個案管理異動回復單

受理單位	縣市	所
訪查結果說明		
處理結果	<input type="checkbox"/> 同意代都；關懷員證號：_____ 姓名：_____	
	<input type="checkbox"/> 不同意代都	
	<input type="checkbox"/> 同意代管 (2 個月內)	
	<input type="checkbox"/> 不同意代管	
傳真回復日	<input type="checkbox"/> 同意遷入 <input type="checkbox"/> 已更新系統管理單位	
	<input type="checkbox"/> 不同意遷入	
傳真回復日	年 月 日	

個案管理者：_____ (職章) 聯絡電話：_____ 傳真：_____

受理單位收到本通知單後，請於 7 日內傳真回復申請衛生所。

收取異動回復單後，如經查詢結核病追蹤管理系統之個案管理單位尚未更新，可傳真回復單請受理單位所屬之疾管署管制中心協助更新管理單位。各區管制中心傳真號碼：臺北區 02-25506137；北區 03-3982913；中區 04-24753683；南區 06-2906714；高屏區 07-5571472；東區 03-8224732。