

結核病個案疫情調查評估事項

(提供公衛人員參考)

一、個案基本資料：

姓名		性別		國籍	
身份證號		年齡		出生日期	
學校名稱 (或職場)	學校/班級/系所/公司	身份	學生/老師/員工/雇主	入校日期 (或就職日)	
通報醫院		通報 醫師		通報日期	
居住地	(縣市)	(鄉鎮)		用藥日期	
戶籍地	(縣市)	(鄉鎮)		確診日期	

診斷概況：

- 病灶部位：肺結核 肺外結核(部位：_____)
- 疾病分類：新案 重開案(前次銷案日期/原因：_____/_____/_____)
- 通報原因：因症就醫 接觸者篩檢 體檢異常
- 確診狀態：確診 未確診

二、個案疾病與實驗室結果

(一)、個案疾病

1. 結核病過去史評估

項目	結核病史 (無者以下免填)	結核病接觸史 1* (無者以下免填)	結核病接觸史 2* (無者以下免填)
與指標個案關係			
指標個案 治療狀況	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 治療中
	<input type="checkbox"/> 已治癒	<input type="checkbox"/> 已治癒	<input type="checkbox"/> 已治癒
	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 未治療	<input type="checkbox"/> 未治療
指標個案 傳染力評估	<input type="checkbox"/> 痰塗片陽性	<input type="checkbox"/> 痰塗片陽性	<input type="checkbox"/> 痰塗片陽性
	<input type="checkbox"/> 痰培養陽性	<input type="checkbox"/> 痰培養陽性	<input type="checkbox"/> 痰培養陽性
	<input type="checkbox"/> CXR 異常有空洞	<input type="checkbox"/> CXR 異常有空洞	<input type="checkbox"/> CXR 異常有空洞

2. 其他相關疾病

- 無
- 曾經罹患過結核病 B 肝帶原(或其他肝病) 過敏 氣喘 高血壓 糖尿病
- 心臟病 營養不良 胃切除或腸造瘻口手術 腎臟病 洗腎 癌症 痛風
- 塵肺症(或矽肺症) HIV 感染 毒癮 藥物濫用 酗酒 BMI < 20
- 免疫力不全或免疫抑制治療中(如：器官移植、化學治療)
- 其他(_____)

3. 旅遊或接觸(含動物接觸)史(可複選)

- 個案為 5 歲 (含) 以下 個案為懷孕或產後婦女
 曾與結核病個案相處
 曾與疑似多重抗藥性結核病個案相處，日期：____/____/____ 至 ____/____/____
 家庭內 機構內 (不含醫療院所) 醫療院所 其他 _____ 系統勾稽取得
 國外居住史
 中國大陸，日期：____/____/____ 至 ____/____/____
 其他國家：____，日期：____/____/____ 至 ____/____/____
 原住民 外籍勞工 (或配偶) 學生 臨時工 遊民、街友

個案曾有下列情況

- 是受刑人或收容人(曾經收押於看守所)
 居住於長期照護/安養中心 居住於學生宿舍
 待過遊民收容所 是遊民收容所工作者
 是矯正機關工作者 是醫療院所工作者
 其他 (請於下方說明):

4. 求診與治療過程 (含如何發現、目前用藥治療經過與現況):

(二) 實驗室結果

1. 驗痰結果

檢驗方法	年 月 日	年 月 日	年 月 日
痰塗片	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢
NAAT	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無送驗需求	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無送驗需求	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無送驗需求
痰培養	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> 未檢
菌株鑑定	<input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> NTM	<input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> NTM	<input type="checkbox"/> 已驗未出 <input type="checkbox"/> MTB <input type="checkbox"/> NTM

2. 胸部 X 光

檢查日	年 月 日
檢查結果	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常無空洞 <input type="checkbox"/> 異常有空洞 <input type="checkbox"/> 異常無關結核

3. 肺外結核

肺外結核部位	<input type="checkbox"/> 肋膜積水 <input type="checkbox"/> 腦結核 <input type="checkbox"/> 骨結核 <input type="checkbox"/> 淋巴結核 <input type="checkbox"/> 皮膚結核 <input type="checkbox"/> 其他部位 _____
--------	--

4. 藥敏報告

藥物種類	藥敏報告		
INH	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中
RMP	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中
EMB	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中
SM	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中
其他 ()	<input type="checkbox"/> 抗藥	<input type="checkbox"/> 敏感	<input type="checkbox"/> 檢驗中

三、個案發病、可傳染期及都治情形

症狀開始日	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 有症狀：____年____月____日
-------	---

	<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳血 <input type="checkbox"/> 夜間盜汗 <input type="checkbox"/> 體重減輕 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 食慾差 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 長期疲憊/不舒服 <input type="checkbox"/> 胸悶胸痛 <input type="checkbox"/> 其他()
可傳染期	____年__月__日至____年__月__日
DOT 情形	<input type="checkbox"/> 加入都治 加入日期：____年__月__日 <input type="checkbox"/> 未加入都治 未加入原因： <input type="checkbox"/> 拒絕 <input type="checkbox"/> 未用藥 <input type="checkbox"/> 其他原因

四、個案活動調查：

活動地點	暴露頻率(天/週)	每天暴露時間(時/天)	人數
<input type="checkbox"/> 學校 (同班同學)			
<input type="checkbox"/> 學校 (老師)			
<input type="checkbox"/> 學校 (同班之外修習相同課程同學)			
<input type="checkbox"/> 補習班			
<input type="checkbox"/> 辦公室			
<input type="checkbox"/> 社區大學			
<input type="checkbox"/> 校車			
<input type="checkbox"/> 社團			
<input type="checkbox"/> 宿舍			
<input type="checkbox"/> 住家			
<input type="checkbox"/> 網咖			
<input type="checkbox"/> KTV 密閉空間			
<input type="checkbox"/> 打工/兼職			
<input type="checkbox"/> 實習			
<input type="checkbox"/> 其他			
備註： 描述性補充說明			

五、接觸者調查：

接觸者：共 ____人；(其中家戶____人 校園/職場____人 小於5歲____人)

六、個案特殊狀況：

<input type="checkbox"/> 痰培養陰轉 <input type="checkbox"/> 指標個案請假未至學校上課(或上班)：____年__月__日至____年__月__日 <input type="checkbox"/> 指標個案持續佩戴外科級以上口罩上課 <input type="checkbox"/> 指標個案未防護，但接觸者持續佩戴 N95(含)以上等級之口罩 <input type="checkbox"/> TB 治療且 DOTS 2 週
