

「抗藥性結核病醫療照護體系」轉介暨評估單

由  
衛  
生  
局  
/  
所  
填  
寫

填報單位		病人姓名	
轉入醫院		病人身分證字號	
轉出醫院		病人聯絡電話	
病人地址			
收案類別	<input type="checkbox"/> 第一類： <input type="checkbox"/> MDR-TB、 <input type="checkbox"/> RR-TB 且 FLQ 抗藥 <input type="checkbox"/> 第二類： <input type="checkbox"/> RR-TB、 <input type="checkbox"/> 任三抗 <input type="checkbox"/> 第三類： <input type="checkbox"/> 使用 KM、 <input type="checkbox"/> 使用 AM <input type="checkbox"/> 第四類：INH 抗藥及任一線抗藥 ( RMP 除外 )，且併同使用 FLQ <input type="checkbox"/> 第五類：病例討論核定之結核病困難個案 第六類：MDR-TB 病人接觸者潛伏結核感染治療(請填「TB 接觸者就醫轉介單」)		
檢驗結果	塗片： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 培養： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 抗藥檢驗方式： <input type="checkbox"/> 分子檢測 <input type="checkbox"/> 傳統藥敏 抗藥結果： <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> 其他_____		
報告實驗室		檢驗報告日期	
病人簽名		衛生局(所)承辦人簽章	
說明	建議轉入「抗藥性結核病醫療照護體系」接受治療。		

通知團隊醫院日期：        年        月        日

團隊醫院填寫下聯，於收到後 1 個月內以傳真回復衛生局及轄區疾管署區管中心。

由  
團  
隊  
醫  
院  
填  
寫

收件日期		回復日期	
評估結果	<input type="checkbox"/> 收案 <input type="checkbox"/> 無法收案 理由：  評估人：_____ 團隊主持人：_____		
(此欄由衛生局收到後填寫)			
通知書發放日期：        年        月        日			
承辦人員核章：		承辦科(課)長核章：	主管機關首長核章：