

TB 接觸者就醫轉介單(LTBI 全都治計畫適用) 103.11.0000

第一聯：醫療院所轉介單檢查結果黏貼於個案病歷上

請協助事項：接觸者檢查(ICD9：V01.1)：胸部 X 光檢查 結核菌素測驗 IGRA 檢查
潛伏結核感染治療評估(ICD9：795.5)

一、接觸者基本資料：

姓名：_____ 身分證字號：_____ 出生：____年____月____日
性別：男女 卡介苗疤痕：有疤無疤 免疫不全狀況：有無
住址：_____縣/市_____鄉鎮市區 肝毒性風險因子：無 有：_____
外籍人士：是 (非「衛生福利部結核病防治費用補助要點」補助對象。) 外籍配偶 否
結核病症狀：無 咳嗽 咳血 咳痰 發燒 胸痛 食慾差 體重減輕

A. 確診一個月內結核菌素測驗：____年____月____日，結果：_____mm
B. 確診第三個月結核菌素測驗：____年____月____日，結果：_____mm
C. 確診第三個月 IGRA 檢查：____年____月____日，結果：_____IU/mL 或 _____dots，
陽性陰性無法判定

5 歲以下接觸者，請進行 A、B 檢查；5 歲(含)以上接觸者，請進行 B、C 檢查。

二、指標個案基本資料：(TB 總編號：_____；來自 TB 高盛行區：是否；性別：男女)

採檢日期	痰塗片	痰培養(鑑定)
第一套____年____月____日	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 已驗未出	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性(____) <input type="radio"/> 已驗未出
第二套____年____月____日	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 已驗未出	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性(____) <input type="radio"/> 已驗未出
第三套____年____月____日	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 已驗未出	<input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性(____) <input type="radio"/> 已驗未出

胸部 X 光檢查結果：____年____月____日 有空洞無空洞； 單純肺外：是否
抗結核藥物 已用：____年____月____日 未用 抗藥性：INH RMP 未知

三、接觸者風險評估得分：_____分 (13 歲以下接觸者適用，衛教內容請下載手機 APP)

===== 以上資料衛生所個案管理人員務必填寫 (勾選) =====

四、醫院檢查結果

- 1.結核菌素測驗日期____年____月____日，結果：_____mm
2.胸部 X 光檢查檢查結果：檢查日期____年____月____日
正常
異常無關結核，註：_____
疑似肺結核：異常，無空洞 異常，有空洞
(如勾選此項，應依傳染病防治法第 39 條進行通報)
異常，肺浸潤(請繼續追蹤至排除結核病)

五、接觸者檢查結果建議：1.繼續追蹤 2.TB 治療 3.其他建議：_____

六、潛伏結核感染治療評估建議：

- 1.需進行潛伏結核感染之治療(Treatment of LTBI)
2.需進行預防性投藥(prophylaxis)，並於三個月完成結核菌素測驗
3.家屬(本人)拒絕
4.暫不需進行治療：_____
5.其他建議：_____

醫院名稱：_____ 回復醫師簽章：_____ 連絡電話：_____

開立單位：_____縣(市)_____衛生所 日期：____年____月____日

連絡人：_____ 連絡電話：_____

備註：

- 如檢查結果正常，卻出現異常呼吸症狀或咳嗽超過 2 週，仍應儘速就醫檢查，並告知醫師接觸史。
- 接觸者檢查(胸部 X 光檢查、結核菌素測驗施針、IGRA 抽血檢查)及後續回診看報告(胸部 X 光報告、結核菌素測驗判讀結果、IGRA 檢查報告)，均可使用本轉介單以減免部分負擔，故本轉介單最多可使用 2 次。



衛生福利部疾病管制署關心您的健康!