

抗藥性結核病醫療照護體系病人異常情形通報單

收案醫院(團隊)：	
病人姓名：	病人 ID：
異常情形通報：(請以文字敘述)	
<p>主治醫師：_____ 團隊負責人：_____</p>	

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：病人如有不合作、拒絕 DOTS-Plus 等情形，請收治醫院填妥本單，通知衛生局，並副知轄區疾管署管制中心。

回 條

本局已接獲抗藥性醫療照護團隊通知病人_____異常情形通報單。

_____ 衛生局 承辦人：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日