

「MDR-TB 結核病醫療照護體系」轉介單

由 衛 生 局 / 所 填 寫	填報單位		個案姓名	
	轉入醫院		個案身分證字號	
	轉出醫院		個案聯絡電話	
	個案地址			
	檢驗結果	抹片： <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	
	個案簽名		衛生局(所)承辦人 簽章	
說明	建議轉入「MDR 結核病醫療照護體系」接受治療。			

通知團隊醫院日期： 年 月 日

MDR-TB 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：_____		
	(此欄由地方衛生局收到後填寫)			
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：				