

結核病診療諮詢小組病例審查建議暨診療醫師回覆單

附件8-6

個案姓名：_____ 身分字號：_____ 貴院病歷號：_____

於____年____月____日經_____縣（市）結核病診療諮詢委員審查相關病歷資料後，提供貴院診療建議如下，請參酌，並填寫貴院之回覆意見，傳真至_____縣（市）衛生局（FAX：0__--_____）

送審原因/補充說明	審查結果
<input type="checkbox"/> 1. 診斷疑義 <input type="checkbox"/> 2. 治療疑義 <input type="checkbox"/> 3. 個案完治疑義 <input type="checkbox"/> 4. 重開案 <input type="checkbox"/> 5. 申請免費藥 <input type="checkbox"/> 6. 隔離治療 <input type="checkbox"/> 7. 其他原因 說明： _____	<input type="checkbox"/> 1. 排除結核病 <input type="checkbox"/> 2. 確定結核病 <input type="checkbox"/> 3. 等痰報告或其他檢查下次再審 <input type="checkbox"/> 4. 確定因TB死亡 <input type="checkbox"/> 5. 確定非因TB死亡 <input type="checkbox"/> 6. MDR初次治療 <input type="checkbox"/> 7. 失敗再治 <input type="checkbox"/> 8. 繼續治療 <input type="checkbox"/> 9. 認定病情需延長住院 <input type="checkbox"/> 10. 不同意免費藥申請 <input type="checkbox"/> 11. 同意免費藥申請 <input type="checkbox"/> 12. 同意隔離治療 <input type="checkbox"/> 13. 解除隔離治療 <input type="checkbox"/> 14. 用藥種類增修 <input type="checkbox"/> 15. 用藥劑量增修 <input type="checkbox"/> 16. 可停止抗結核治療 <input type="checkbox"/> 17. 同意開案 <input type="checkbox"/> 18. 不同意開案 <input type="checkbox"/> 19. 可停止抗結核治療，但需持續追蹤X光與痰檢體2年後再議 <input type="checkbox"/> 20. 其他_____

委員審查意見：

審查委員簽名：_____

聯絡人：_____ 電話：_____

原診療醫師回覆意見：

同意上開諮詢委員意見，並據以診治病患。

不同意上開諮詢委員意見，不同意之理由請詳述填寫：

原診治醫師簽名：_____年____月____日 聯絡電話：_____