

衛生福利部疾病管制署 雲端都治適用對象

自 111 年 4 月 15 日起適用

一、 結核病個案：

- (一) 短期國內外出差/旅遊者(國內以 2 週為限)；
- (二) 遊覽車、計程車司機或其他移動性質職業者；
- (三) 外籍配偶(含陸配)短暫返鄉；
- (四) 台商；
- (五) 其他對象-工作地點或作息不定；
- (六) 其他對象-特殊事件(COVID-19 等)*；
- (七) 其他對象-非屬前開適用條件惟經衛生局評估合適**。

*：限定 COVID-19 確診個案、居家隔離、居家檢疫、加強自主健康管理、自主健康管理期間或自我健康監測者。

**：如超過三次未能依約定時間視訊服藥，或操作顯有困難，則屬「不合適個案」，應以親自關懷送藥執行。

二、 潛伏結核感染治療對象：

- (一) 無年齡限制。
- (二) 超過 65 歲及未成年者，建議都治時需由主要照顧者或法定代理人陪同視訊，與關懷員共同觀察服藥及副作用反應。
- (三) 適用處方：
 1. 6H/9H：每日服用 isoniazid (INH)
 2. 3HP(包括 HP 複方)：每週服用速克伏 (INH+rifapentine)
 3. 4R：每日服用 rifampin (RMP)
 4. 3HR：每日服用 isoniazid + rifampin
 5. 1HP：每日服用 INH+rifapentine
 6. 9FQ：每日服用 Fluoroquinolone

三、 雲端都治使用者應具備以下條件：

- (一) 視力矯正後無視覺障礙、聽力正常且手部動作協調。
- (二) 意識清楚，語言溝通無礙，配合度高，且有意願學習軟、硬體操作。
- (三) 無肝炎、嚴重嘔吐或皮疹等藥物不良反應，無物質濫用。
- (四) 需自備智慧型手機(Android 7.0 以上/iOS 12 以上)、平板或桌上電腦(Windows 系統)，具前置鏡頭、視訊功能，可透過網路下載 APP 使用。
- (五) 居住/工作/就學等場所位處 WIFI/4G/5G 訊號範圍內，且網路訊號穩定良好(網路頻寬須維持在 1Mbps 以上)。

TB系統畫面-結核病個案視訊都治設定

DOTS 都治日誌管理

姓名·確診狀態	3	確診	身分證號	TES****
開始用藥日	3/19	清除	開始用藥體重	
都治計畫個案類別	一般個案 (視訊) 1	符合視訊條件 :	2	
是否加入DOT	是：同意加入DOTS			
關懷員類別	都治專案計畫關懷員			
中斷原因	---			

1 選擇「一般個案 (視訊)」
2 點選「符合視訊條件」後，彈出視訊條件選項
3 指派關懷員

短期國內外出差/旅遊者
遊覽車、計程車司機或其他移動性質職業者
外籍配偶(含陸配)短暫返鄉
台商
其他對象-工作地點或作息不定
其他對象-特殊事件(COVID-19等)
其他對象-非屬前開適用條件惟經衛生局評估合適

附件 8-2 雲端都治執行流程與注意事項

TB系統畫面-潛伏結核感染(LTBI)治療個案視訊都治設定

潛伏結核感染治療個案管理主畫面

【DOPT日誌管理：親自關懷天數・最近DOPT日】天

DOPT 執行方式	未評估(或指標尚未用藥)	關懷員類別 ★	-
DOPT 加入日期	未評估(或指標尚未用藥) 仍評估中 DOPT (9H/4R/1HP/3HR · Levo etc. 每日) DOPT (9H/4R/1HP/3HR視訊，每日)	專案關懷員身分證號	指派關懷員
DOPT中斷日期	DOPT (3HP · 每週) DOPT (3HP 視訊 · 每週) 醫囑排除(指標個案抗藥) 醫囑排除(評估不適合) 拒絕 死亡	DOPT 中斷原因	-

LTBI 治療期初評估【個案疾病史】

附件 8-2 雲端都治執行流程與注意事項

TB系統畫面- 結核病個案總編號=民眾登入APP的帳號

結核病治療管理紀錄卡

DOTS 就醫日誌 追蹤複查 抗藥資料 健保支付 調閱:紀錄證明

【個案通報資料】

個資查詢紀錄			
個案是否出境管制	2022-03-28 11:36:21 已解除 (未) 管制		
列印境管黃單	限制傳染性肺結核病患案搭乘大眾航空器出國出境通知單	中文版	
管理單位	0118 (台北市中正區)	通報建檔日	2002/05/
總編號、電腦編號	09772723	How0005	登記審查日 2011/10/
建檔機構 (關)	衛生福利部疾病管制署	收案日期	2019/07/



附件 8-2 雲端都治執行流程與注意事項

TB系統畫面- 潛伏結核感染(LTBI)治療個案電腦編號 =民眾登入APP的帳號

The screenshot shows a web-based application for managing LTBI cases. At the top, there's a navigation bar with icons for lungs and the text 'END TB'. Below it, a menu includes 'Monitor', '通報登記', '卡片管理', '個案管理', '管理清冊', '接觸者', 'LTBI 管理' (highlighted in blue), '主動發現', and '專案管理'. A sub-menu titled '結核病個案接觸者管理紀錄卡' is open, showing a table with patient information:

◆ LTBI 結核病潛伏感染治療資料			
LTBI 系統建檔日	2022/01/26 17:49:52	身分證號、電腦編號	TEST0415、141071
管理單位代碼	3103	前次遷出單位、日期	
LTBI個案姓名	簡愛	出生年月日	2001/12/25
性別	2	體重	
決策者 (主要照顧者)		家庭決策者	
聯絡電話一		聯絡電話二	



附件 8-2 雲端都治執行流程與注意事項

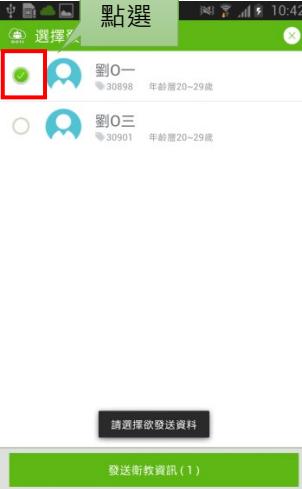
二、操作說明

安裝網址請以疾管署官網公告最新網址為主：
 首頁 > 傳染病與防疫專題 > 傳染病介紹 > 第三類法定傳染病 >
 結核病 > 防治政策 > 都治計畫

(一)

雲端都治直接觀察治療 APP 簡易操作說明 (關懷員版)

1.1 掃描 QR code 安裝 Android	1.2 掃描 QR code 安裝 iOS	1.3 至下列網址連線安裝 Windows	2.首次登入
		<p>安裝網址: https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/apk/DOITS-Android.apk</p>	
3.日後登入	4.通訊錄	5.通訊錄-圖示說明	6.關懷員撥打給民眾
		<ul style="list-style-type: none"> 視訊選項圖示 訊息對話選項圖示 衛教資訊選項圖示 服藥照片上傳選項圖示 (Android) 目睹服藥回報選項圖示 副作用/民眾服藥照片審核選項圖示 開啟/關閉民眾自行服藥拍照功能 	
7.開啟視訊	8.1 服藥照片上傳功能 (Android 版須操作此功能)	8.2 上傳服藥照片 (Android 版須操作此功能)	9.親眼目睹個案服藥
			

<p>10. 民眾發送副作用照片</p>  <p>提醒您有民眾上傳副作用照片圖示訊息</p>	<p>11.待審核副作用照片</p>  <p>點選副作用照片即可進行審核</p>	<p>12.1 啟動自行服藥功能</p>  <p>點選後，開啟/關閉民眾自行服藥功能 (開啟後若未關閉，系統將於凌晨0點自動關閉)</p>	<p>12.2 啟動自行服藥功能</p>  <p>按下“是”立即開啟民眾端自行服藥拍照功能(民眾通訊錄可見功能按鈕)</p>
<p>13.1 審核民眾自行服藥照片</p>  <p>提醒您有民眾上傳服藥照片圖示訊息</p>	<p>13.2 審核民眾自行服藥照片</p>  <p>按下“確認”完成服藥照片審核程序</p>	<p>14. 選擇衛教資訊</p>  <p>點選</p>	<p>15. 選擇發送衛教訊息</p>  <p>點選</p>
<p>16. 選擇欲發送的民眾</p>  <p>點選</p>	<p>17. 都治日誌功能畫面</p>  <p>點選</p>	<p>18. 都治日誌主畫面</p> 	<p>19. 設定</p> 

附件 8-2 雲端都治執行流程與注意事項

<p>20.問題回報主頁</p>  <p>問題回報歷史紀錄</p> <p>回報新問題</p> <p>回報新問題</p>	<p>21.回報新問題</p>  <p>輸入訊息文字</p>	<p>22.帳號重置</p>  <p>帳戶重置</p>	
---	--	--	--

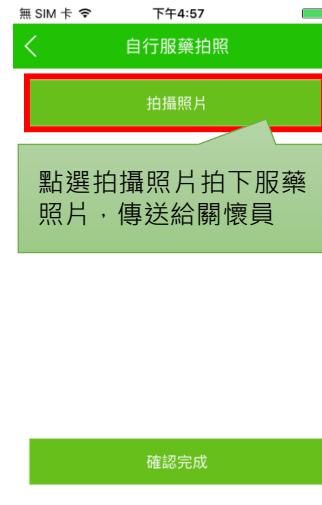
注意事項：

1. Android 手機安裝前，需設定允許安裝“非 Google Play”應用程式；iPhone 手機安裝後，需確認信任企業級開發人員設定。
2. 為確保穩定之視訊品質，視訊前，請先確認**網路(WIFI/4G/5G)**之上傳與下載是否超過 1Mbps(您可下載安裝 OOKLA 開發之 Speed Test 免費 APP 軟體自行檢測)，且視訊時避免高速移動或晃動。
3. 若您是使用免費 WIFI 訊號，請先確認是否限制視訊通話服務。
4. 若您有安裝「藍光濾波器 APP」，請先停用或移除，以避免互斥。
5. 系統每日凌晨 0 時至 5 時執行資料處理，請避開此時段**執行雲端都治**。
6. 系統客服專線：02-2395 9825 分機 3197。

附件 8-2 雲端都治執行流程與注意事項

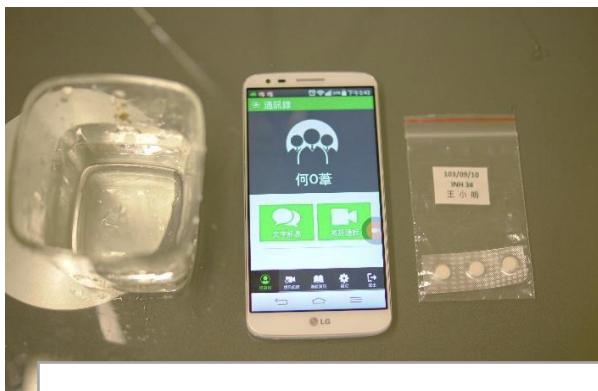
(二) 安裝網址請以疾管署官網公告最新網址為主：
 首頁 > 傳染病與防疫專題 > 傳染病介紹 > 第三類法定傳染病 >
 結核病 > 防治政策 > 都治計畫

雲端都治直接觀察治療 APP 簡易操作說明 (民眾版)

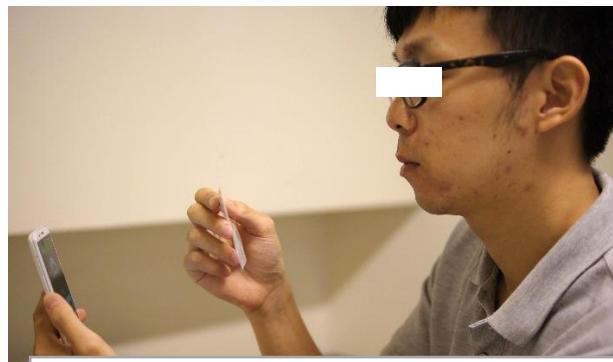
1.1 掃描 QR code 安裝 Android	1.2 掃描 QR code 安裝 iOS	2.首次登入	3.日後登入
			
安裝網址: https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	安裝網址: https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/iOS_Download.htm		
4.通訊錄	5.進入文字訊息頁	6.關懷員撥打視訊給您	7.開啟視訊(民眾手機畫面)
			
8.傳送副作用用照片	9.1 自行服藥拍照功能	9.2 自行服藥拍照功能	9.3 自行服藥拍照功能
			

<p>9.4 自行服藥拍照功能</p>	<p>9.5 自行服藥拍照功能</p>	<p>10.查閱衛教資訊</p>	<p>11.設定</p>
<p>注意事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Android 手機安裝前，需設定允許安裝“非 Google Play”應用程式；iPhone 手機安裝後，需確認信任企業級開發人員設定。 8. 為確保穩定之視訊品質，視訊前，請先確認網路(WIFI/4G/5G)之上傳與下載是否超過 1Mbps (您可下載安裝 OOKLA 開發之 Speed Test 免費 APP 軟體自行檢測)，且視訊時避免高速移動或晃動。 9. 若您是使用免費 WIFI 訊號，請先確認是否限制視訊通話服務。 10. 若您有安裝「藍光濾波器 APP」，請先停用或移除，以避免互斥。 11. 系統每日凌晨 0 時至 5 時執行資料處理，請避開此時段執行雲端都治。 12. 步驟 8 與 9.1-9.5 視需要進行，非必要操作步驟。 			

三、服藥過程



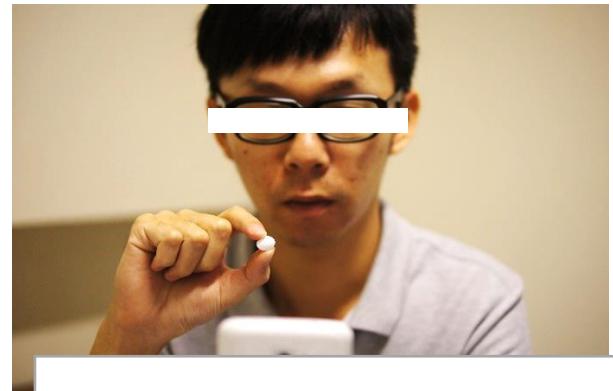
①準備用物：透明水杯、手機、藥包



②撥出影像電話並確認攝影鏡頭對準自己，讓手機左上角視窗可看見您的全臉



③將藥包對準鏡頭，使關懷員可以清楚看見藥包上日期及藥物種類及數量



④拿起藥物與關懷員核對無誤後



⑤將藥物放在舌頭上，鏡頭前移對準嘴巴，讓關懷員清楚看見藥物已放入口中



⑥以透明容器喝水，並將藥物吞入服下

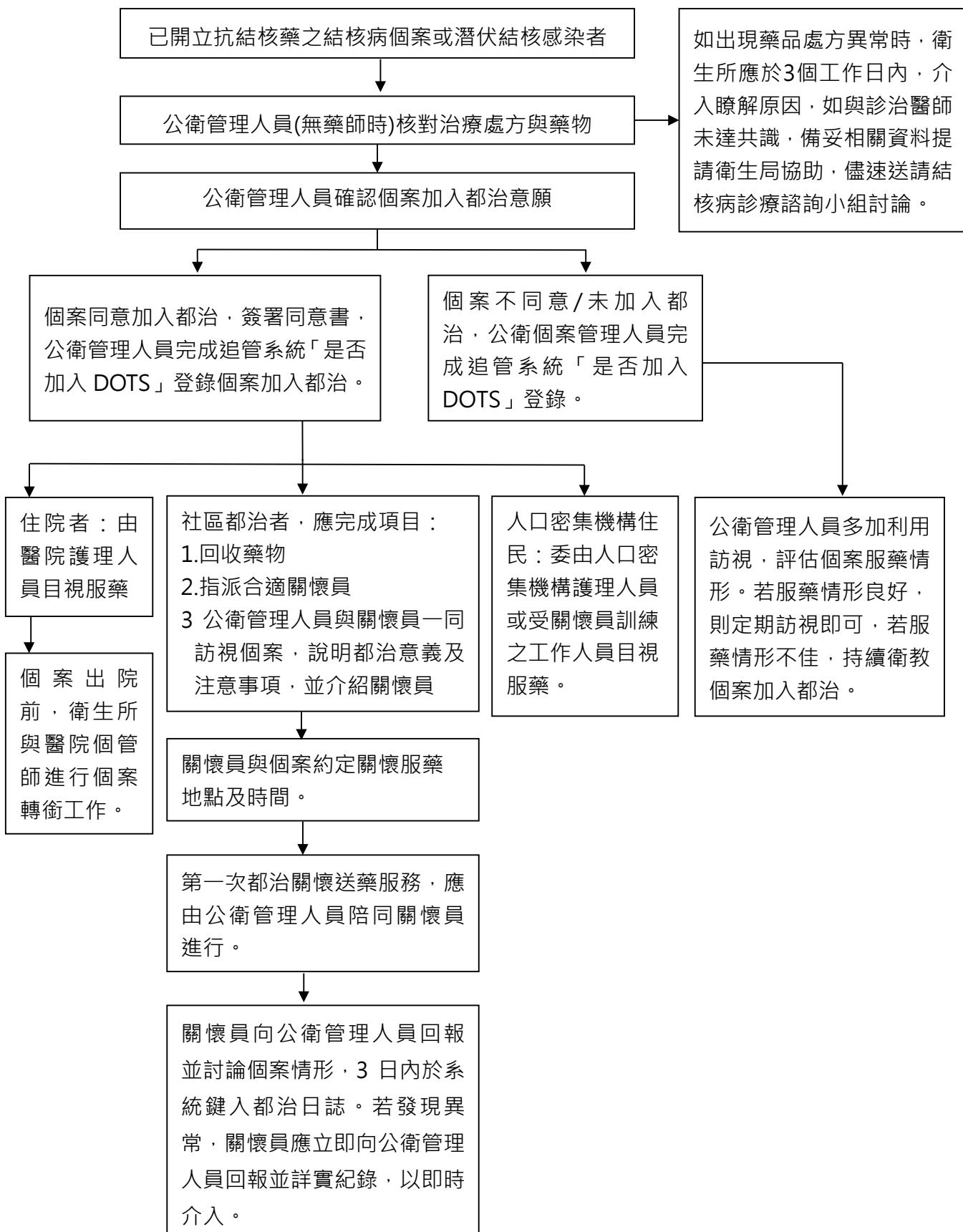


⑦藥物吞入服下後，鏡頭前移對準嘴巴，先張口伸舌頭



⑧再將舌頭往上顎頂住，讓關懷員確認藥物已確實服下，完成服藥

都治執行流程



縣市衛生局都治（DOTS）計畫同意書 (範例)

本人 _____，身分證字號 _____，性別 _____，
民國____年____月____日生，茲因罹患結核病（含疑似），為保護親朋好友同事等，
並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助、關懷下按規服藥，完成至
少六個月（含）以上的藥品治療，以治癒此病。

世界衛生組織強力推薦每一位服用抗結核藥的個案均應實施直接觀察治療，
藉由經過訓練並且客觀的關懷員執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」，關懷
員送藥前由都治站藥師及公衛管理人員等專業人員進行多重確認與包裝以確保
用藥正確，且都治站均有配置專門用於存放藥品之藥櫃，確保藥品能保存於適當
之溫度與濕度之下，可避免藥品潮解並產生無效。

關懷送藥除了確保病人真正服用藥品外，更藉由這段期間與病人溝通與觀察
病人是否有其他症狀、藥物副作用可以協助提早通知診療醫師處理，減少病人不
適感，陪同病人（及其家屬）渡過漫長治療期。

本人授權 _____ 縣/市衛生局下設立之都治關懷站保管本人之抗結核治療
藥品，並每日由關懷員送藥/本人至指定地點，進行直接觀察治療。

立書人 _____ (簽名)

或法定代理人 _____ (簽名)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 備註：1. 傳染病防治法第 43 條：傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，不
得拒絕、規避或妨礙。
2. 個案為無行為能力人或限制行為能力人時，請其法定代理人代為同意後執行。
3. 痰陰性病人接受療程首兩個月關懷送藥服務後，若病情穩定持續呈陰性，依公共衛生考量，兩個月後
可改以自行管理方式服藥

Consent Form for Health Bureau's DOTS program (Example)

I, _____, _____, _____, _____
(Full name) (ID) (Gender) (Date of birth (yyyy/mm/dd))

(may) have been diagnosed with tuberculosis. In order to protect my relatives, friends, co-workers, and so on, and also keep myself healthy, I agree to receive examination, take my TB medication as ordered via DOTS workers' assistance and observation, to complete treatment for at least a 6-month course of a combination of antibiotics.

World Health Organization (WHO) strongly recommends each of patients who takes anti-tuberculosis drugs should receive Directly Observed Treatment Short-course (DOTS) service, which served by trained and objective caregivers (i.e. DOTS workers). Before DOTS workers deliver drugs to me, all prescribed TB drugs will be packaged and reconfirmed by pharmacists or public health managers to ensure that the correct medicine is supplied. Bedsides, all my drugs would be stored under appropriate temperature and humidity in specialized medicine cabinet(s) at DOTS sites.

Delivering drugs by DOTS workers can help to make sure that my drugs are given directly in a safe manner. DOTS workers can assist to inform my doctor earlier to reduce my discomfort if side effects occurred during treatment, accompanying me (and my family members) to get through the long length of treatment.

I hereby authorize DOTS sites set by _____ county/ city's public health bureau/ department of health to keep my anti-tuberculosis drugs, and deliver drugs by DOTS workers/ I would leave for designated place to receive drugs daily.

Signature: _____

Statutory agent's signature: _____

Date (yyyy/mm/dd): _____

Note:

1. Communicable Disease Control Act Article 43 (abstract): Patients or suspected patients with communicable diseases and relevant personnel shall not refuse, evade or obstruct the laboratory testing, diagnosis, investigation and management mentioned in the preceding Paragraph.
2. Case who has no or is limited in capacity to make juridical acts should get statutory agent's permission firstly, then execute the DOTS.

Surat Persetujuan Proyek DOTS Biro Kesehatan Pemerintah Kabupaten dan Kota (Contoh)

Saya _____, nomor KTP _____, jenis kelamin _____, kelahiran tanggal ___ bulan ___ tahun ___, menderita (termasuk diduga) penyakit TBC. Untuk melindungi kerabat, teman, rekan kerja dan lainnya, serta untuk menjaga kesehatan saya, saya bersedia untuk bekerja sama melakukan pemeriksaan dan pengobatan. Saya akan menjalani pengobatan dan meminum obat sesuai peraturan dan bantuan dari perawat. Saya akan menyelesaikan pengobatan dalam kurun waktu setidaknya enam bulan ke atas untuk menyembuhkan penyakit ini.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sangat menyarankan agar setiap kasus pasien yang menggunakan obat anti tuberkulosis harus menjalani pengamatan dan pengobatan langsung oleh perawat terlatih profesional dengan prinsip "antar obat ke tangan pasien, pasien menelan obat, meninggalkan pasien setelah obat telah tertelan." Sebelum perawat mengantarkan obat, para profesional seperti apoteker dan petugas pusat kesehatan masyarakat di Stasiun DOTS akan mengkonfirmasi, mengemas, dan memastikan bahwa obatnya benar. Stasiun DOTS dilengkapi dengan lemari obat penyimpan obat-obatan agar obat-obatan tersimpan dalam suhu dan kelembaban yang sesuai untuk menghindari obat-obatan melembap dan kehilangan efek.

Selain mengantarkan obat dan memastikan bahwa pasien meminum obat dengan benar, perawat juga akan mengamati dan memberi tahu dokter seketika mungkin bila pasien ada gejala lain atau efek samping terhadap obat yang diminum. Perawat juga akan berkomunikasi dengan pasien, sebisa mungkin mengurangi ketidaknyamanan pasien, dan menemani pasien (serta keluarganya) menjalani masa pengobatan yang panjang ini.

Saya _____ memberi wewenang kepada Stasiun DOTS Biro Kesehatan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk menyimpan obat pengobatan anti tuberkulosis saya, serta memberikan wewenang kepada perawat untuk mengantarkan obat/Saya ke tempat yang ditentukan setiap hari untuk observasi dan pengobatan langsung.

Yang membuat persetujuan _____ (Tanda Tangan)
atau diwakili oleh _____ (Tanda Tangan)
Tanggal ___ Bulan ___ Tahun ___, Taiwan R.O.C

Catatan:

1. Pasal 43 Undang-Undang tentang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular: Pasien dengan penyakit menular atau diduga mengidap penyakit menular dan personel terkait tidak boleh menolak, menghindari atau menghalangi pemeriksaan, diagnosis, dan penyelidikan terhadap penyakit yang terdiagnosis tersebut sebelumnya.
2. Jika kasusnya adalah orang yang lumpuh atau orang dengan kebutuhan khusus, mintalah persetujuan dari wali hukum kasus tersebut baru lanjut menjalankan prosedur selanjutnya.
3. Pasien sputum negatif yang telah menjalani dua bulan pertama pengobatan dengan perawatan dan pemberian obat langsung, jika kondisinya stabil dan hasil pemeriksannya terus negatif, sesuai dengan pertimbangan kesehatan masyarakat, dapat beralih ke pengobatan mandiri setelah dua bulan. .

Giấy chấp thuận kế hoạch Douzhi của Phòng Y tế huyện/tỉnh (DOTS)

Bản mẫu

Tôi là _____, số chứng minh _____, giới tính _____, Sinh ngày ___ tháng ___ năm ___ Dân quốc, bệnh lao(gồm có khả năng), vì để bảo vệ sức khỏe người thân bạn bè đồng nghiệp và những người khác,cũng như của cá nhân, đồng ý phối hợp kiểm tra và chữa trị ,dưới sự quan tâm giúp đỡ của nhân viên chăm sóc, sẽ dùng thuốc và điều trị theo đúng quy định.

Hoàn thành thuốc trong ít nhất sáu tháng (bao gồm cả) để điều trị khỏi bệnh.

Tổ chức Y tế Thέ giới khuyến cáo mọi trường hợp dùng thuốc chống lao phải được điều trị và theo dõi trực tiếp.

Với những nhân viên chăm sóc được đào tạo bài bản quan về thực hiện "đưa thuốc đến tận tay, đưa thuốc vào miệng, nuốt rồi mới đi",

Nhân viên chăm sóc trước khi đưa thuốc cần thông qua tạm thuốc Duzhi của bác sĩ và người quản lý hoặc nhân viên chuyên nghiệp xác định lại nhiều lần đảm bảo đúng thuốc và đóng gói, Trạm Duzhi được trang bị một tủ thuốc bảo quản đặc biệt, để thuốc giữ ở nhiệt độ và độ ẩm thích hợp, tránh tình trạng bị mất tác dụng của thuốc,

Nhân viên chăm sóc ngoài phụ trách đưa thuốc và đảm bảo bệnh nhân thật sự sử dụng thuốc ra còn cần quan tâm trò chuyện và quan sát bệnh nhân còn có những biểu hiện nào khác hay không,nếu có tác dụng phụ của thuốc nên thông báo sớm cho bác sĩ điều trị sử lý, giảm cảm giác khó chịu cho người bệnh, cùng người chăm sóc bệnh nhân(hoặc người nhà) vượt qua quá trình điều trị dài.

Tôi _____ Ủy quyền cho Trạm Chăm sóc và Chăm sóc DouZhi trực thuộc phòng y tế quận / thành phố giữ thuốc điều trị chống bệnh lao của tôi, và nhân viên chăm sóc sẽ giao thuốc cho tôi và đưa tôi đến nơi được chỉ định hàng ngày để theo dõi và điều trị trực tiếp.

Người viết đơn kí _____ (kí tên)

Hoặc người hợp pháp đại diện _____(kí tên)

Ngày ___ tháng ___ năm ___ Cộng hòa dân quốc

Ghi chú:

1. tại khoản 43 Điều Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm quy định: Người bệnh mắc bệnh truyền nhiễm, hoặc nghi ngờ mắc bệnh truyền nhiễm và những người có liên quan không được từ chối, tránh trốn tránh, cản trở việc khám, chẩn đoán, điều tra và xử lý theo quy định.
2. Nếu là người không có khả năng hoặc có hạn chế năng lực, có thể mời người đại diện hợp pháp đồng ý để tiến hành.
3. Đối với bệnh nhân âm tính sau hai tháng đầu tiên chấp nhận theo điều trị chăm sóc giao thuốc, nếu tình trạng ổn định tiếp tục là âm tính, và đủ điều kiện về sức khỏe cộng đồng, sau hai tháng họ có thể chuyển sang tự quản lý thuốc và dùng thuốc điều trị.

หนังสือยินยอมให้สำนักอนามัย (DOTS)
(ตัวอย่าง)

ข้าพเจ้า _____ เลขประจำตัวประชาชน _____ เพศ _____
วันเดือนปีเกิด _____ เนื่องจากติดเชื้อวัณโรค (หรือใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ) เพื่อป้องกันคน
รอบข้าง เพื่อร่วมงานและตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง จึงยอมรับและตกลงการตรวจรักษา ความ
ช่วยเหลือ การดูแล และรับประทานยาภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยจะทานยาให้ครบอย่างน้อยหนึ่ง
เดือน (รวมหากเดือน) จนกว่าอาการจะหายเป็นปกติ

องค์กรอนามัยโลกแนะนำเป็นอย่างยิ่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมและปฏิบัติตามนโยบาย "ส่งยาถึงเมือง ทานยาเข้าปาก แล้วลินลงไป" ก่อนที่ผู้เชี่ยวชาญจะจัดส่งยาให้ผู้ป่วย เกสัชกรและผู้จัดการฝ่ายสาธารณสุขที่ "สถานีตู้จิ" จะยืนยัน
และคำนวณปริมาณยาเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างถูกต้องนอกจากนี้ "สถานีตู้จิ" ยังมีตู้ยาสำหรับ
จัดเก็บยาโดยเฉพาะเพื่อให้สามารถเก็บยาได้ภายใต้อุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม ซึ่งสามารถป้องกัน
ไม่ให้ยาละลายและสูญเสียประสิทธิภาพ

นอกจากการดูแลและการนำส่งยาให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้ว ขณะนี้อนามัยฯ ยังติดต่อสื่อสาร
กับผู้ป่วย และสังเกตการณ์ว่าผู้ป่วยมีอาการและผลข้างเคียงจากยาอื่นๆ หรือไม่ เพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบ
ล่วงหน้าและลดความกังวลใจของผู้ป่วย ทั้งยังดูแลผู้ป่วย (และครอบครัวของเข้า) ตลอดระยะเวลาการ
รักษา

ข้าพเจ้าอนุญาตให้ สำนักอนามัยของ _____ จัดยาธันวาณโรคให้ข้าพเจ้า โดยผู้เชี่ยวชาญ
จะส่งยาไปยังสถานที่ที่ระบุไว้ทุกวันเพื่อการสังเกตและรักษาโดยตรง

ผู้ป่วย _____ (เซ็นชื่อ)

หรือตัวแทนตามกฎหมาย _____ (เซ็นชื่อ)

วัน/เดือน/ปี _____ (ตามปีที่หัวน)

ข้อสังเกต:

- ตามมาตรา 43 ของกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ: ผู้ป่วยโรคติดเชื้อหรือสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องไม่ปฏิเสธ หลบเลี่ยง หรือขัดขวางการตรวจ วินิจฉัย ตรวจสอบ และกำจัดวัสดุก่อน
- ในกรณีผู้ทุพพลภาพหรือบุคคลที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย ผู้แทนตามกฎหมายต้องยินยอมดำเนินการตามข้อกำหนด
- หลังการรักษาและผู้ป่วยมีค่าเชื้อในสมะติดลบ 2 เดือนแรก หลังจากได้รับบริการดูแลและนำส่งยาแล้ว หากอาการเป็นปกติและค่าเชื้อยังคงเป็นลบตามการพิจารณาด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนยาที่รับประทานเองได้หลังจากสองเดือนเป็นต้นไป

縣市衛生局

潛伏結核感染治療衛教及直接觀察治療(DOPT)同意書

接受治療者：_____

身分證字號：_____

性別：_____

出生年月日：____年____月____日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染檢驗(皮膚結核菌素測驗或丙型干擾素釋放試驗)結果，並經由醫師評估顯示，目前您(或您的小孩)有潛伏結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染治療，保護力可達 9 成以上，除可有效降低將來發病傳染給他人外，也可減少發病後需面對治療服藥時間較長、藥品種類較多及副作用較大的可能。

治療應注意事項如下：

一、目前潛伏感染治療處方包含(勾選感染者治療處方)：

- 1HP：每日服用 isoniazid (INH) + rifapentine(RPT)，共 28 次，計 1 個月療程
- 3HP：每週服用 isoniazid (INH) + rifapentine(RPT)，共 12 次，計 3 個月療程
- 4R：每日服用 rifampin (RMP)，共 120 次，計 4 個月療程
- 3HR：每日服用 isoniazid (INH)+ rifampin (RMP)，共 90 次，計 3 個月療程
- 6H：每日服用 isoniazid (INH)，共 180 次，計 6 個月療程
- 9H：每日服用 isoniazid (INH)，共 270 次，計 9 個月療程

其他處方：_____ 備註：_____

● 請配合衛生單位安排，接受由關懷員關懷服藥，以達到服藥不忘記，安全地完成治療，發揮潛伏結核感染治療最大效益，減少日後發病風險；除使用 6H 及 9H 處方外(仍建議加入都治)，其餘處方必須由關懷員關懷服藥。

二、治療過程中，請每月回診進行追蹤，如有任何不舒服(發燒、頭暈、噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹、急性過敏反應等症狀)，請通知關懷員、衛生所護理人員或醫院結核病個管師，儘速安排返診，由醫師判斷是否繼續服藥或其他處置。

三、如果本單張未能解答您的問題，或您讀後仍有任何疑慮，請隨時向關懷員、醫師或護理人員查詢。

本人授權_____縣(市)衛生局下設立之都治關懷站保管本人潛伏結核感染治療藥品，並由關懷員關懷送藥，接受直接觀察治療服務。

備註：

1. 傳染病防治法第 48 條：曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
2. 未成年者應有法定代理人同意簽名。

直接觀察治療(DOPT)同意書

基於上述聲明：

立同意書者與接受治療者之關係

同意 不同意

本人 _____ (簽名)

法定代理人 _____ (簽名)

中華民國____年____月____日

LTBI Treatment Education and Statement of Consent in DOPT County/City Public Health Bureau

Name of Subject : _____

Identification Number : _____

Gender : _____

Date of birth : _____

Dear Sir/Madam:

The result of the latent tuberculosis infection (LTBI) test (Tuberculin Skin Test, TST or interferon-gamma release assay, IGRA), and the evaluation by the physician indicated that you have LTBI, but not active tuberculosis (TB). A complete course of treatment for LTBI can give more than 90% protection from developing active TB disease. This helps to effectively reduce the possibility of onset of TB disease and further transmission to the others.

Special Notice of LTBI treatment:

I. The following regimens are recommended for the treatment of LTBI.(Please mark V)

- 1HP : One month of daily isoniazid plus rifapentine (28 doses)
- 3HP : Three months of once-weekly isoniazid plus rifapentine (12 doses)
- 4R : Four months of daily rifampin (120 doses)
- 3HR : Three months of daily isoniazid plus rifampin (90 doses)
- 6H : Six months of daily isoniazid (180 doses)
- 9H : Nine months of daily isoniazid (270 doses)

others : _____

II. A directly observed preventive therapy (DOPT) observer will be arranged to provide DOPT service to help you complete the treatment.

III. You should have clinical evaluation at least once a month during the course of treatment. During the treatment, if you do not feel well (such as fever, dizziness, nausea, loss of appetite, pain in the upper right abdomen, numbness of limbs, yellowish skin or eyes, rashes, acute allergy, and other symptoms). Please inform the public health workers, or the TB case managers or the physicians in hospitals at once for management of the adverse events.

IV. If you have any questions, please do not hesitate to contact us at phone number _____.

I hereby authorize the public health station under the _____ County/City Public Health Bureau to safeguard my medications on LTBI, and the delivery of the medications by the public health workers for DOPT service.

LTBI Treatment and DOPT Consent

With regard to the declaration above:

Agree

Disagree

Relation between the undersigned and the subject of treatment

Myself _____ (signature)

Appointed Guardian _____ (signature)

Date: _____

多重抗藥性結核病個案接觸者之潛伏結核感染治療衛教 及直接觀察治療(DOPT)同意書

接受治療者：_____

身分證字號：_____

性別：_____

出生年月日：____年____月____日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染檢驗(結核菌素皮膚測驗或丙型干擾素釋放試驗)結果，並經由醫師評估顯示，目前您(或您的小孩)有潛伏結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染治療，預防發病之保護力可達9成以上，除可有效降低將來發病傳染給他人外，也可減少發病後需面對治療服藥時間較長、藥品種類較多及副作用較大的可能。

治療應注意事項如下：

- 一、目前多重抗藥性結核病接觸者潛伏感染治療處方為 fluoroquinolone 類藥物 (levofloxacin 或 moxifloxacin) 單方或合併其他一種藥物(如 ethambutol、prothionamide、cycloserine) 治療 9 個月。請配合抗藥性結核病醫療照護體系醫院安排，接受由關懷員關懷服藥，以達到服藥不忘記，安全地完成治療，發揮潛伏結核感染治療最大效益，減少日後發病風險。
- 二、治療過程中，請每月回診進行追蹤，如有任何不舒服(關節肌肉骨骼痠痛、失眠、噁心嘔吐、頭暈、頭痛、心悸、皮膚疹、疲倦、腸胃不適、眼白及皮膚變黃、急性過敏反應等症狀)，請通知關懷員、衛生所護理人員或醫院結核病個管師，儘速安排返診，由醫師判斷是否繼續服藥或其他處置。
- 三、如果本單張未能解答您的問題，或您讀後仍有任何疑慮，請隨時向關懷員、醫師或護理人員查詢。

本人授權 _____ 醫院(抗藥性結核病醫療照護體系醫院)下設立之都治關懷站保管本人潛伏結核感染治療藥品，並由關懷員關懷送藥，接受直接觀察治療服務。

備註：

1. 傳染病防治法第 48 條：曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
2. 未成年者應有法定代理人同意簽名。

直接觀察治療(DOPT)同意書

基於上述聲明：

同意 本人 _____ (簽名)

不同意 法定代理人 _____ (簽名)

與接受治療者之關係：_____

中華民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日

縣市衛生局 雲端直接觀察治療（eDOPT）同意書及注意事項

接受治療者：_____ 身分證字號：_____

性別：_____ 出生年月日：____年____月____日

啟者您好：

根據潛伏結核感染（LTBI）檢驗結果，並經由醫師評估顯示，目前您有潛伏性結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染之治療，可以高達 90%以上避免發病的成功率。同時可減少將來發病傳染給同住者與親友以及在發病後的治療需面對長期及至少要吃合併 3 種以上副作用更多的藥物。

治療應注意事項如下：

- 一、治療處方將由醫師評估，並接受由「關懷員」每日關懷服藥，藉由正確有效的服藥，可達到最佳保護力，減少日後發病。
- 二、治療過程中，如果您有任何不舒服（噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹等），請於每日服藥時，告訴關懷員或衛生所護士，並請儘速返回診治醫師處，請醫師就不舒服的情況判斷，是否繼續服藥。
- 三、如果本單張未能解答您所有問題，或者您讀後仍有任何疑慮，請隨時向您的關懷員、醫生或護士查詢。

本人同意由關懷員以手機 App 方式，每日接受雲端直接關懷治療服務。

版本	Android	iOS
網址	https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	https://apps.apple.com/us/app/edots/id6443807433
QR Code		

*安裝網址請以疾管署官網公告最新網址為主：
首頁 > 傳染病與防疫專題 > 傳染病介紹 > 第三類法定傳染病 > 結核病 > 防治政策 > 都治計畫

基於上述聲明：

同意接受潛伏結核感染之治療 不同意

立同意書者與接受治療者之關係：

本人 _____ 簽名 _____

法定代理人 _____ 簽名 _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：

1. 傳染病防治法第 48 條曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
2. 20 歲以下應有法定代理人（通常為父或母）同意後之簽名。

縣市衛生局都治（eDOTS）計畫同意書

本人_____，身分證字號_____，性別____，民國____年____月____日生，茲因罹患結核病（含疑似），為保護親朋好友同事等，並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助下，按規服藥治療，完成至少六個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

世界衛生組織強力推薦每一位服用抗結核藥的個案均應實施直接觀察治療，惟因個案因素，本人同意自行保存藥物於適當之溫度與濕度，避免藥物潮解致無效，並主動與關懷員溝通配合，以雲端都治方式服用藥物。

服用藥物期間若有其他症狀、藥物副作用，應主動告知關懷員及診療醫師，減少不適感，以利完成治療。

版本	Android	iOS
網址	https://dot.cdc.gov.tw/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	https://apps.apple.com/us/app/edots/id6443807433
QR Code		

*安裝網址請以疾管署官網公告最新網址為主：
首頁 > 傳染病與防疫專題 > 傳染病介紹 > 第三類法定傳染病 > 結核病 > 防治政策 > 都治計畫

立書人_____（簽名）

或法定代理人_____（簽名）

中華民國____年____月____日

- 備註：1.傳染病防治法第 43 條：傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，不得拒絕、規避或妨礙。
 2.個案為無行為能力人或限制行為能力人時，請其法定代理人代為同意後執行。
 3.痰陰性病人接受療程首兩個月關懷送藥服務後，若病情穩定持續呈陰性，依公共衛生考量，兩個月後可改以自行管理方式服藥

結核病個案服藥紀錄(DOTS 日誌)

衛生局：

都治站：

病人姓名：	年齡：	性別：	身分證號：
住址：			
住家電話：		行動電話：	

服藥紀錄：

開始治療日期： 年 月 日

日 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

填表說明：親自看著病人服藥請以 V 表示；病人自己服藥請以△表示；病人未服藥請以 X 表示

病人特殊狀況記載

年 月 日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：
年 月 日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：
年 月 日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：

關懷員簽名：_____

LTBI 服藥紀錄(DOPT 日誌)

衛生局：

都治單位：

LTBI 個案姓名：

年齡：

性別：

身分證號：

住址：

住家電話：

行動電話：

服藥紀錄：

開始治療日期： 年 月 日

月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月																															
食不																															
肢麻																															
眼黃																															
膚疹																															
腹痛																															
其他																															
月																															
食不																															
肢麻																															
眼黃																															
膚疹																															
腹痛																															
其他																															
月																															
食不																															
肢麻																															
眼黃																															
膚疹																															
腹痛																															
其他																															

填表符號說明：

關懷員簽名：

1. 親自看著病患服藥請在當日 以 表示

2. 病患自己服藥請在當日 以 表示

3. 未服藥請在當日 以 表示

4. 副作用填寫注意事項：

共有 5 大副作用

(1) 食不：食慾不振

(2) 肢麻：手腳麻木

(3) 眼黃：眼白變黃

(4) 膚疹：皮膚癢疹

(5) 腹痛：右上腹部疼痛

其填寫方式為：

(1) 有副作用請在當日 以 表示

(2) 無副作用請在當日 以 表示

結核病個案都治日誌輸入方式說明表

項目		社區都治	人口密集機構都治	住院都治	雲端都治
【宣告 都治】 — 結核病 個案都 治日誌 管理作 業	是否加入 DOT	1. 是，同意加入 DOTS 2. 否，拒絕	1. 是，同意加入 DOTS 2. 否，拒絕	1. 是，同意加入 DOTS 2. 否，拒絕	1. 是，同意加入 DOTS 2. 否，拒絕
	是否加入 DOTS 核定日	1. 鍵入都治實際開始日期 2. 判定拒絕之日期	1. 鍵入都治實際開始日期 2. 判定拒絕之日期	1. 鍵入都治實際開始日期 2. 判定拒絕之日期	1. 鍵入都治實際開始日期 2. 判定拒絕之日期
	關懷員類別	都治專案計畫關懷員	都治專案計畫關懷員(醫療機構或療養院護理人員)	都治專案計畫關懷員(醫療機構或療養院護理人員)	都治專案計畫關懷員
	專案關懷員身分證字號	身分證字號	LTC	ADD	身分證字號
	中斷原因	1. DOTS 療程結束★：DOTS 療程結束醫囑可停藥 2. 無細菌學證據依規定期限中止：加入 2-3 個月後，痰為陰性中斷。 3. 拒絕 4. 住院中 5. 副作用 6. 醫囑停藥：因其他疾病或特殊情形經診療醫師判斷需停藥者 7. 行蹤不明 8. 住在外地 9. 排除診斷 10. 其他：如關懷員無法親自關懷個案可能達 14 天(含)以上或判斷無法參加者，應依其原因鍵入中斷。* 中斷原因請以特定原因為優先，如個案因副作用而醫囑停藥則中斷原因請鍵入「副作用」。			
	中斷日期	1. 中斷原因 1.5.6：結束用藥日隔天 2. 中斷原因 2.3.4.7.8.9.10：行為發生日當天			

TB 系統操作畫面：

項目	社區都治	人口密集機構都治	住院都治	雲端都治	
DOTS 執行機構	衛生所代碼	衛生所代碼	醫療院所代碼	衛生所代碼	
關懷員證號，姓名	關懷員證號，姓名	LTC，姓名	ADD，ADD	關懷員證號，姓名	
用藥管理	1. 由關懷員親自送藥並親眼目睹服藥時，點選「DOTS 計畫關懷員」。 2. 個案自行服藥或藥物未回收者，點選「個案自行管理」。	DOTS 計畫關懷員(含長照機構)	住院中	個案自行管理	
DOTS 結核病專案日誌管理	執行方式	1. 關懷員親眼目睹或親自家訪者，點選「親自家訪執行」。 2. 個案自行服藥者，點選「不適用」。 3. 個案到點服藥者，點選「個案自行到點」。	1. 以電話查證則請點選「電話查證」 2. 如未電話查證則點選「長照機構」	1. 以電話查證則請點選「電話查證」 2. 如未電話查證則點選「不適用」	電話查證
	個案服藥方式	1. 關懷員親眼目睹者，點選「親眼目睹」。 2. 假日個案自行服藥者，點選「個案自行服藥」。	不適用	不適用	1. 關懷員親眼目睹者，點選「親眼目睹」。 2. 假日個案自行服藥者，點選「個案自行服藥」。

TB 系統操作畫面：

... 新增日誌：請直接於下方填列；如為後續修改：請先點選上方身分證號連結，再叫原日誌資料 ...

日誌內容 (建檔日 — , 請檔日 — , 實驗日 — , 實驗者 —)			
DOTS執行機構	9901179999	關懷員類別	DOTS專案計畫關懷員
用藥審查機構	H	關懷員證號，姓名 *	
個案身分證號，姓名， 別名管理	TEST0701 - 賣大聖 - 賣對*	聯絡電話一 - 三，二	
DOTS 服務日 *	2021/04/19 檢除	服藥時段	<input type="checkbox"/> 早上 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 未服藥
用藥管理 *	<input type="checkbox"/> DOTS計畫關懷員(含長照機構) <input type="checkbox"/> 其他關懷員 <input type="checkbox"/> 個案自行管理 <input type="checkbox"/> 住院中		
執行方式 *	<input type="checkbox"/> 自家訪執行 <input type="checkbox"/> 個案自行到點 <input type="checkbox"/> 電話查證 <input type="checkbox"/> 長照機構 <input type="checkbox"/> 智慧藥盒 <input type="checkbox"/> 不適用		
個案服藥方式 *	<input type="checkbox"/> 親眼目睹 <input type="checkbox"/> 個案自行服藥 <input type="checkbox"/> 未服藥 <input type="checkbox"/> 不適用		
個案合作程度 *	<input type="checkbox"/> 合作 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不合作 <input type="checkbox"/> 建議強制住院		
服用 EMB (副作用：辯色力) *	<input type="checkbox"/> 否，未服用 <input type="checkbox"/> 是，服用 EMB → (辯色力定期評估： <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 本次未評估)		
副作用：其它 *	<input type="checkbox"/> 未評估 <input type="checkbox"/> 已評估，無副作用 <input type="checkbox"/> 聽力下降 <input type="checkbox"/> 噁心嘔吐 <input type="checkbox"/> 視力模糊 <input type="checkbox"/> 皮膚過敏 <input type="checkbox"/> 手足末梢麻木 其他		
地段預定訪視日	○一週後 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 二週後 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 一個月後，或 <input type="checkbox"/> 檢除		
交付項目	<input type="checkbox"/> 衛教資料 <input type="checkbox"/> 營養品或摺頁單 <input type="checkbox"/> 通知單		
備註說明			
	<input type="button" value="新增"/>	<input type="button" value="清除"/>	

潛伏結核感染治療都治日誌輸入方式說明表

項目	社區都治	人口密集機構 都治	住院都治	雲端都治			
【宣告都治】 — DOPT 潛伏結核感染治療個案都治管理	DOPT 執行方式	依實際情形選擇： 1. 仍評估中 2. 未評估(或指標尚未用藥) 3. DOPT (9H/4R/1HP/3HR · Levo etc. · 每日) 4. DOPT (9H/4R/1HP/3HR · Levo etc. · 視訊 · 每日) 5. DOPT (3HP · 每週) 6. DOPT (3HP 視訊 · 每週) 7. 醫囑排除(指標個案抗藥) 8. 醫囑排除(評估不適合) 9. 拒絕 10. 死亡					
	加入DOPT日期	依行為發生日填入(鍵入都治實際開始日期)					
	關懷員類別	都治專案計畫關懷員	都治專案計畫關懷員(醫療機構或療養院護理人員)	都治專案計畫關懷員			
	專案關懷員身分證字號	身分證字號	LTC	ADD			
	中斷原因	依實際情形選擇： 1. DOPT 療程結束 2. 失落 3. 拒絕 4. 指標個案多重抗藥停止治療 5. 指標個案排除診斷停止治療 6. 指標個案無細菌學證據 7. 副作用 8. 確診為結核病 9. TT 陰性開始治療 · 3 個月 TT 未陽轉停止治療 10. 其他					
	中斷日期	1. 中斷原因 1.4.5.6.9 : 結束用藥日隔天 2. 中斷原因 2.3.7.8.10 : 行為發生或判定當天					
追管系統操作畫面 :							
潛伏結核感染治療個案管理主畫面							
							

項目	社區都治	人口密集機構 都治	住院都治	雲端都治
【都治送藥】 — DOPT潛伏結核感染治療個案都治管理	DOPT 執行機構	衛生所代碼	衛生所代碼	醫療院所代碼
	關懷員 證號，姓名	關懷員證號，姓名	LTC，姓名	ADD，ADD
	用藥管理	1. 由關懷員親自送藥並親眼目睹服藥時，點選「DOTS 計畫關懷員」。 2. 個案自行服藥或藥物未回收者，點選「個案自行管理」。	DOTS 計畫關懷員(含長照機構)	住院中
	執行方式	1. 關懷員親眼目睹或親自家訪者，點選「親自家訪執行」。 2. 個案自行服藥者，點選「不適用」。 3. 個案到點服藥者，點選「個案自行到點」。	1. 以電話查證則請點選「電話查證」 2. 如未電話查證則點選「長照機構」	1. 以電話查證則請點選「電話查證」 2. 如未電話查證則點選「不適用」
個案服藥方式		1. 關懷員親眼目睹者，點選「親眼目睹」。 2. 假日個案自行服藥者，點選「個案自行服藥」。	不適用	1. 關懷員親眼目睹者，點選「親眼目睹」。 2. 假日個案自行服藥者，點選「個案自行服藥」。

追管系統操作畫面：

The screenshot displays the CMS tracking interface with the following details:

- Recipient Information:**
 - 關懷員身分證號: 9901179999
 - 關懷員證號: 1101100011 (供醫院介接查詢用)
 - 關懷員姓名: TEST888888
 - 關懷員電話: 1234567890
 - 關懷員地址: 123 台北市
 - 關懷員郵遞區號: 100
- Tracking Status:**
 - 狀態: 未上下午未服務
 - 時間: 2021/04/19
 - 操作: 新增, 檢視, 清除
- Tracking Methods:**
 - DOPT計畫關懷員: 其他關懷員/親眼目睹自行管理/住院中
 - 親自家訪執行: 視聽查證/長照機構/智慧藥盒/CHCWO/不適用
 - 親眼目睹: 視聽查證/未家藥/不適用
 - 合作: 合作/建議強制住院
 - 副作用: 未詳/已詳/無副作用/身體不适/蛋白變質/手腳麻木/右上腹部疼痛/皮膚癢/超敏副作用其他
- Delivery Details:**
 - 地點預定期日: 一週後/二週後/一個月後, 或
 - 交付項目: 藥物資料/營養品或禮賓品/通知單
 - 備註說明:

備註：

- 一、送藥者須完成關懷員訓練方能執行都治關懷，領有合格護理人員證書者，得於接受都治介紹課程後協助執行。
- 二、都治日誌除填寫前開欄位，每次送藥皆應依個案實際狀況勾選「個案合作程度」、「服用 EMB」(辨色力定期評估應至少每星期檢查一次)及「其他副作用評估」欄位。
- 三、社區都治及雲端都治之都治日誌由關懷員鍵入，人口密集機構及住院都治之都治日誌由公衛管理人員鍵入，「用藥管理」、「執行方式」、「個案服藥方式」請確實登錄。
- 四、納入抗藥系結核病治療照護體系(TMTC)團隊者，都治日誌由團隊工作人員每日確實登錄（公衛管理人員仍需依規定辦理個案管理相關事宜）。
- 五、個案隸屬學校、工廠、軍營/軍艦、海巡隊或矯正機關，如為該單位執業衛生醫療相關人員都治關懷送藥，關懷員證號請寫 LTC，姓名以該名衛生醫療人員為主，但都治日誌應由公衛管理人員鍵入，如有電話查證，請點選「電話查證」，如未電話查證則點選「不適用」（公衛管理人員仍需依規定辦理個案管理相關事宜）。
- 六、若因故未服藥者，請務必在都治日誌之備註欄註記原因。
- 七、登錄中斷原因及日期註記後，系統將自動新增一筆都治日誌，且關懷員或公衛管理人員無法再新增日誌。
- 八、若為錯誤鍵入或中斷資料，則請衛生局/所檢附佐證核章後提出系統異動申請。
- 九、藥品回收保管都治站者，務必妥適收置。

都治計畫執行狀態檢核表

受核縣市/鄉鎮：

資料下載日： / /

查核日期： / /

方 式 來 源	對 象	預先查核項目名稱	縣市 人數 (%)	衛生所 人數 (%)	輔導內容 / 說明						
					輔導內容 / 說明						
系統整體性 檢核： 查核前 置準備 作業	結核病	1.現管結核病人數									
		2.應加入DOTS人數									
		2-1 加入DOTS人數 / 執行率		#DIV/0!							
		2-2 C級人數 / 率									
		3.已中斷DOTS人數 / 率		#DIV/0!							
		3-1 14天中斷人數 / 率		#DIV/0!							
	TB追蹤 管理系統	4.未完成DOTS評估人數 / 率		#DIV/0!							
		5.拒絕DOTS人數 / 率		#DIV/0!							
		6.使用eDOTS人數		#DIV/0!							
		1.現管LTBI治療人數									
實地 查訪個案情形	潛伏結核 感染	2.加入DOPT人數 / 執行率									
		2-1 使用3HP DOPT人數 / 執行率									
		2-2 使用4R DOPT人數 / 執行率									
		2-3 使用3HR DOPT人數 / 執行率									
		3.DOPT之D級人數 / 率									
		3-1 使用速克伏(3HP) D級人數 / 率									
	MDR-TB接觸者	4.使用eDOPT人數									
		5.MDR-TB 接觸者尚未加入LTBI治療人數									
分類	現場抽核項目名稱	查核數		查核結果							
		TB	LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI
	查核人數小計			ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	
優先訪查:	1.治療處方符合「結核病診治指引」之標準處方										
1.抗藥	2.疑義個案須送病例討論人數										
2.治療2個 月未陰轉	2-1是否已完成諮詢委員會病例討論										
3.共病	2-2是否已完成諮詢委員會病例討論之上傳										
4.<15歲	2-3是否已經依諮詢委員建議處理										
5.不合作	3.藥物收置於都治站的個案(不含ADD/MDR/LTC)										
6.HIV	3-1藥物妥適收置於都治站										
7.復發	3-2由護理人員或藥師備藥										
8.3HP/3H R/4R	3-3專業人員交叉核對										
9.e-DOPT	4.都治站關懷員人數										
10.遊民/移 工	4-1都治站關懷員平均管理個案數										
11.陳情案 件	4-2都治站關懷員管理方式符合縣市自訂之規範										
12.藥物未 回收者	4-3實地抽訪個案了解關懷員執行狀態										
填表說明 :	a.依規劃的訪視路線單執行關懷送藥服務										
1.未符合者 填0 · 符合 者填1 · 不 適用者請填 斜線	b.確認藥物種類、劑量及剩餘天數與處方是否一致										
2.灰底欄位 不需填答。	c.親眼目睹病人服藥及吞下無誤										
	d.無特殊狀況下 · 每週五天親自關懷病人服藥										
	e.未符合c或d者 · 但都治日誌維護親眼目睹服藥										
	f.依規定頻率執行副作用評估並記錄										
	5.關懷員都治日誌登錄正確無誤										
	5-1前次親自關懷迄查詢當日天數≤3天										
	5-2都治日誌欄位依規定方式維護										
	5-3有副作用者 · 都治日誌與地段訪視日誌有相對應之處理紀錄										
	5-4視訊都治 · 照片上傳紀錄與都治日誌登錄一致										
	5-5視訊都治截圖畫面是否清楚(每名個案抽點不同都治日期共5張檢視)										

受核縣市/鄉鎮：

資料下載日： / /

查核日期： / /

綜合評論與建議

都治
計畫
執行
情形

受核單位核章：

查核單位核章：

08

都治策略
(附錄)

都治關懷員參考指引

壹、指引大綱：

- 一、認識結核病及潛伏結核感染
- 二、罹患結核病有哪些症狀
- 三、肺結核是怎麼傳染的
- 四、為什麼結核病病人要規則地服用足夠時間的結核藥物
- 五、要如何防範結核菌的散播
- 六、都治關懷員的角色是什麼
- 七、都治關懷員的工作內容為何
- 八、如何填寫都治日誌
- 九、如何觀察用藥
- 十、病人可能發生哪些副作用
- 十一、都治關懷員社區訪視時安全守則
- 十二、這個世界因都治關懷員而改變
- 十三、重點摘要
- 十四、附錄：TB 及 LTBI 常見治療藥品簡介

貳、指引內容：

- 一、認識結核病(Tuberculosis, TB)及潛伏結核感染(Latent Tuberculosis Infection, LTBI)
 - (一) 結核病是由結核菌所引起的傳染病，結核菌可以在身體各處引起疾病，但是最常為人所知的就是肺結核。
 - (二) 當一個人罹患肺結核時，因為結核菌的破壞，可能會發生咳嗽、呼吸喘等症狀。
 - (三) 經由正確的治療，結核病是可以治癒的。如果病人不能接受正確的治療，就可能死於結核病。尤其可怕的是，傳染性肺結核病人還可能經由空氣或飛沫傳染給其他健康的人，產生更多的結核病病人。
 - (四) 結核菌進入人體後在肺部會被肉芽組織包覆，當身體免疫力夠時可控制不發病此平衡狀態便稱為「潛伏結核感染」。
 - (五) 被感染尚未發病的人是沒有任何症狀的，也不會傳染給別人。但潛伏結核感染者終其一生約有 5-10% 機會發病，且距離受感染的時間愈近，發病機會愈大。另，若因老化、懷孕、疾病等因素造成免疫狀態低下，發病機率則會大幅提升。
 - (六) 據研究數據顯示，在接受完整的潛伏感染治療後其保護力高達 9 成，接受治療可有效降低日後發病的可能性，以及發病時傳染給他人的風險。目前已有多種治療處方可供潛伏結核感染者使用，由合作醫師綜合評估以選擇最適合的處方，在治療過程中應依醫師預約的時程回診追蹤。
- 二、罹患結核病有哪些症狀？

結核病的症狀要看細菌侵犯身體哪一個部位，一般的症狀如下：

- (一) 發燒。
- (二) 夜間盜汗。
- (三) 食慾不振或體重減輕。
- (四) 容易疲倦。

當結核菌侵犯肺臟時，主要的症狀是慢性咳嗽(通常超過二週)，病人往往痰多，偶爾痰中帶血。由於結核病的症狀並不特別，容易與其他疾病混淆，因此必須提高警覺，咳嗽有痰超過二週應儘速就醫，接受檢查。

三、肺結核是怎麼傳染的？

結核菌是經由飛沫散佈的傳染病，當罹患傳染性肺結核的病人咳嗽、或噴嚏時，把肺部的細菌包在飛沫裏，散佈在空氣中；此時如果處於密閉的空間、或是空氣流通不好，就可能使其他人吸入飛沫，造成感染。

四、為什麼結核病病人要規則服用足夠時間的結核藥物？

結核病不是不治之症，也並不是每一個結核病人都需要住院治療，絕大多數都能以定期回診追蹤、領藥的方式完成治療，而不影響平常的生活作息。

一般來說，只要病人遵照醫師處方，規則的服用足夠時間的抗結核藥物，就可以把結核病治好。但是往往病人在服藥一段時間後，可能感覺症狀逐漸改善就誤以為病已痊癒而不再服藥，導致病情延誤，甚至繼續傳染給周遭的人或導致死亡。病人選擇性服用抗結核藥物，或治療時間不足，都是非常危險的行為，甚至會造成細菌的抗藥性，讓結核病無藥可醫。

五、要如何防範結核菌的散播？

- (一) 結核病病人只要規則服藥，就可以避免傳染給其他人。
- (二) 咳嗽、噴嚏時摀住口鼻。

結核病病人的密切接觸者，如果出現咳嗽等呼吸道症狀時，請儘速就醫，接受檢查。

六、都治關懷員的角色是什麼？

能擔任都治關懷員，是因為獲得結核病病人/LTBI個案(以下統稱個案)的信賴，主要工作內容就是確保個案在治療過程中，能依照醫師的處方，規則地服下每一劑藥。在與個案接觸的時候，請務必以個案為中心，儘可能讓他覺得很自在，這樣他才會一有任何問題，馬上尋求關懷員協助。都治關懷員應保持適切關懷的態度，傾聽個案及其家屬的聲音，適時給予鼓勵及支持，觀察個案服藥的後續狀況，如有不舒服或副作用，應即時向公衛管理人員反應，並記錄相關處理情形。

治療過程中，有時候結核病病人可能感到虛弱不適、也可能無力或氣餒、甚至覺得害怕與外界接觸；因此關懷員所扮演的角色—確保病人規則服藥，顯得格外的重要。

另外，尤其應注意執行都治送藥服務時，避免介入醫療及公權力的範疇，若執行隔離治療等相關措施，無論告知或執行皆應由具有公權力之行政系統執行。

七、都治關懷員的角色是什麼？

都治關懷員的任務非常重要，工作項目及注意事項包括：

- (一) 與個案協商好每日見面觀察用藥的場地與時間，請不要讓個案等待。
- (二) 看著個案正確地依照醫師處方的藥品種類及劑量，確實服下；一定要看著個案吞下藥物。
- (三) 若採雲端都治，請與個案協商視訊時間，並於網路穩定位置執行視訊目睹服藥。
- (四) 在個案的都治日誌，如實記錄每次服藥情形。
- (五) 嚴密注意藥物副作用的產生，並立即通知衛生所公衛管理人員協助處理；如果個案伴有噁心症狀，可安排於飯後服藥。
- (六) 持續鼓勵病人規則服藥，堅持良好服藥習慣。
- (七) 個案只要發生一次拒絕服藥、或未經觀察服藥，應立即了解問題所在，並協助解決。如果是因為藥物副作用、或個案經說明仍不願繼續服藥時，應立即通知衛生所公衛管理人員協助處理。
- (八) 定期與衛生所公衛管理人員見面，使其了解個案治療情形，並共同檢視個案都治日誌。
- (九) 都治關懷員如需請假，請與衛生所公衛管理人員聯繫，由其代為安排後續處理事宜。
- (十) 提醒個案確實依照醫囑定期回診，接受驗痰、胸部X光等追蹤檢查。

八、如何填寫都治日誌？

為了有效清除結核菌，個案必須確實依照醫囑規則服藥。都治關懷員就是來支持個案，協助正確地服下每一劑抗結核藥物。都治日誌的設計可以提醒關懷員逐日正確地協助服藥，當關懷員看著吞下藥物後，應當場在治療日誌打勾。衛生所公衛管理人員可定期經由都治日誌的紀錄，了解治療情形。

九、如何觀察用藥？

每日與個案見面時，應：

- (一) 拿出個案都治日誌。
- (二) 準備一杯水（如果空腹服藥會導致胃部不適，藥品可和牛奶、粥、食物同時服用）。
- (三) 拿出所有藥品，根據醫師處方（可經由藥袋、或都治日誌上之記載得知），挑出正確的藥品種類及數量。
- (四) 把藥放在個案手上，一次吞服。如果個案不太會吞藥，可逐一服藥；每次吞嚥可先稍喘一口氣，一直到所有藥品服畢為止。
- (五) 在都治日誌上適當處打勾。
- (六) 如為雲端都治，個案第一次服藥時仍應親自家訪完成，同時協助個案下載安裝雲端都治 APP，了解個案所在環境之網路速度，並與個案實際使用練習，確保個案能熟悉操作步驟。

(七) 視訊服藥時，應注意病人視訊環境光線是否充足，以利觀察藥品及服藥副作用，截圖服藥關鍵照片時，無須全臉入鏡，以服藥位置為主體，盡可能減少個人資訊之揭露。

十、個案可能發生哪些副作用？

請告知個案，服用結核藥品，身體可能會發生一些反應。但是關懷員會協助個案區分這些反應的重要性，並協助解決。

(一) 可能反應

可能的身體反應	→	關懷員的反應
不具傷害性的反應		繼續藥物治療
1.噁心、胃部不適、腹脹、食慾不振、發燒等類流感症狀。 2.尿液變成橘紅色。 3.關節酸疼。 4.手腳麻木、刺痛感。		1.改飯後服藥、或藥物與食物一齊服用；如仍未改善，通知衛生所管理人員。 2.藥物吸收的正常反應，請病人安心。 3.通知衛生所管理人員。 4.通知衛生所管理人員。
具傷害性的反應		立即停藥，通知公衛管理人員協助轉介醫師處理。
1.皮疹、皮膚發癢。 2.皮膚 / 眼白變黃。 3.重覆性嘔吐。 4.聽力受損、暈眩。 5.視力模糊。		

(二) 藥品外觀辨識及注意事項如十四、附錄或參見「結核病診治指引」第六章 (TB)、第十章 (LTBI)

十一、都治關懷員社區訪視時安全守則：

- (一) 穿著舒服合適的服裝，不要穿戴金光閃閃的珠寶飾品及高跟鞋。
- (二) 不要攜帶大筆金錢，所攜帶的錢儘量放在貼身小皮夾，不要放在手提包內。
- (三) 與個案協調觀察地點時，儘量選在光亮安全並能保障個案隱私的地點。

十二、這個世界因都治關懷員而改變

關懷員確保個案規則且正確地服用藥物。經由傾聽、以及各種鼓勵方式，促使我們的個案接受正確的治療，因而避免了結核菌在社區的蔓延，保障所有居民的健康。

十三、重點摘要

- (一) 結核病是一種傳染病，它是由結核菌所引起的。當它侵犯到人體肺部，導致肺結核時，就有可能傳染給其他人。
- (二) 罹患結核病的病人有許多不同的症狀，而肺結核病人的主要症是慢性咳嗽。久咳不癒超過 2 個星期，就應儘速就醫，接受檢查。
- (三) 傳染性肺結核病病人在咳嗽、噴嚏的時候，產生帶有結核菌的飛沫，由健康人吸入導致感染。
- (四) 結核病病人必須依照醫囑、規則服藥足夠時間，才能把病治癒。如果斷續服藥，極可能變成抗藥性，而無藥可醫。
- (五) 傳染性肺結核病人可依下列方法避免傳染：
1. 規則服藥治療。
 2. 咳嗽、噴嚏掩住口鼻。
- (六) 潛伏結核感染是指結核菌進入人體後在肺部被肉芽組織包覆，在身體免疫力足夠時不會發病且不具傳染力的平衡狀態。
- (七) 因潛伏結核感染者一生中約有 5-10% 機會發病，故若經檢驗發現為陽性，應加入並完成治療，以減少發病機率及避免傳染給他人。
- (八) 都治關懷員的主要任務就是確保個案能夠全程依照醫囑、規則服藥；關懷員也需要與個案溝通，經由傾聽、勸慰，鼓勵個案持續規則治療。
- (九) 身為都治關懷員，必須依下列原則持續給予個案支持：
1. 觀察是否服用正確的藥物。
 2. 服藥完畢，在都治日誌上打勾。
 3. 鼓勵持續規則治療。
 4. 提醒依照醫囑，定期回診追蹤複查。
 5. 應告知服用藥品身體可能會發生一些反應，一旦發生必須立即通知關懷員，由關懷員協助進一步處理，儘速通知衛生所公衛管理人員，協助解決。
- (十) 都治關懷員幫助病人恢復健康，也幫助家人及社區避免結核病的威脅。

十四、附錄：TB 及 LTBI 常見治療藥品簡介



附件8-8 都治關懷員參考指引 十四、附錄

TB及LTBI 常見治療藥品簡介

- TB 單方劑型藥品
- TB 複方劑型藥品
- LTBI – 3HP 單方
- LTBI – 3HP 複方

想了解更多藥物資訊>> 請見本署公告「結核病診治指引」第六章 (TB)、第十章 (LTBI)



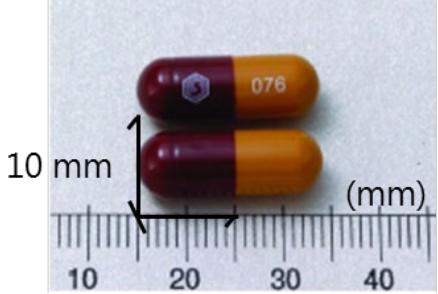
衛生福利部疾病管制署
Taiwan Centers for Disease Control



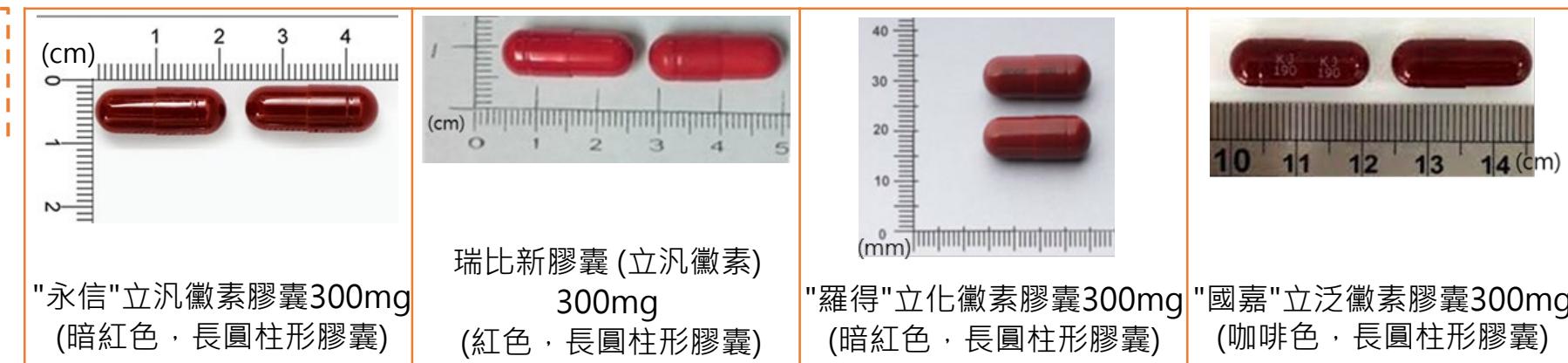
(https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/YpPM4PxRx3b_6FKuMDYjew)

TB - 單方劑型藥品

附件8-8 都治關懷員參考指引 十四、附錄

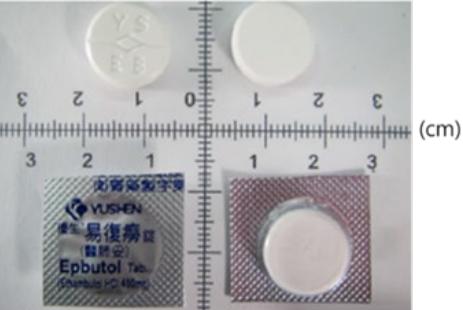
藥品	圖示/中文品名	外觀描述	常見副作用	使用須知
Isoniazid (INH) 100mg	 異菸醯錠(強生)	白色 圓扁形 藥錠	<ul style="list-style-type: none"> 皮疹及其他過敏性反應 肝毒性 (皮膚、眼白變黃或食慾不振) 周邊神經病變 (對稱性之端麻木或刺痛感) 	<ul style="list-style-type: none"> 對INH抗藥，或有INH藥物過敏史者不可使用 宜避免與食物併用，或服用後2小時才服用抗酸劑
Rifampin (RMP) 300mg*	 “榮民”利肺寧膠囊 300mg	暗紅橙/ 深黃橙色 · 長圓柱形 膠囊	<ul style="list-style-type: none"> 尿液、眼淚、痰液呈橘紅色 <i>(RMP 代謝正常現象)</i> 皮疹 類流感症狀 (少數) 肝毒性 (皮膚、眼白變黃或食慾不振) 	<ul style="list-style-type: none"> 對RMP抗藥，或有RMP/rifamycin類藥物過敏史者不可使用 宜避免與食物併用 RMP會降低口服避孕藥的效果，應改採其他避孕方式

*其他
藥廠製
RMP



TB - 單方劑型藥品

附件8-8 都治關懷員參考指引十四、附錄

藥品	圖示/中文品名	外觀描述	常見副作用	使用須知
Pyrazinamide (PZA)	 "培力"匹井梭安錠500mg	白色圓扁形藥錠，單面有P字樣	<ul style="list-style-type: none"> 肝毒性(皮膚、眼白變黃或食慾不振) (少數)皮疹、胃腸不適、尿酸值上升、痛風發作(關節痠痛)、血糖升高 	<ul style="list-style-type: none"> 對PZA抗藥，或有PZA藥物過敏史者不可使用
Ethambutol (EMB)	 "培力"力肺妥膜衣錠400mg	深藍色/深紅色，長圓柱形膠囊，兩端皆有Peili C03字樣	<ul style="list-style-type: none"> 視神經病變(視力模糊、視野缺損、色彩辨識異常) 過敏性反應(皮膚癢或發炎、關節痛、食慾不振、腸胃不適等) 	<ul style="list-style-type: none"> 對EMB抗藥，或有EMB藥物過敏史者不可使用 不宜與抗酸劑併用 藥品磨碎後易受潮，應小心保管
	 "優生"易復癆錠(醫肺妥) (EMB)	白色圓扁形藥錠，單面有YS-<>-EB字樣		

TB - 單方劑型藥品

附件8-8 都治關懷員參考指引 十四、附錄

藥品	圖示/中文品名	外觀描述	常見副作用	使用須知
Rifabutin (RFB)	 "輝瑞"淨核膠囊150mg	紅棕色，長圓柱形膠囊，兩端字樣為 MYCOBUTIN Pharmacia & Upjohn	<ul style="list-style-type: none"> 尿液、眼淚、痰液呈橘紅色 (RFB代謝正常現象) 皮疹 腸胃不適 關節痠痛 肝毒性 (皮膚、眼白變黃或食慾不振) 單側或雙側眼葡萄膜炎 	<ul style="list-style-type: none"> 對RFB抗藥，或有RFB/rifamycin類藥物過敏史者不可使用 高脂肪食物可能會降低RFB腸道吸收

(下面還有藥物資訊，謝謝你們認真閱讀！)



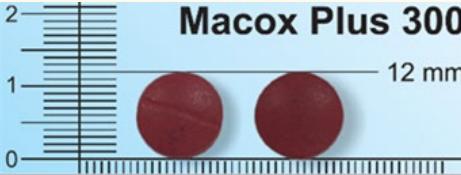
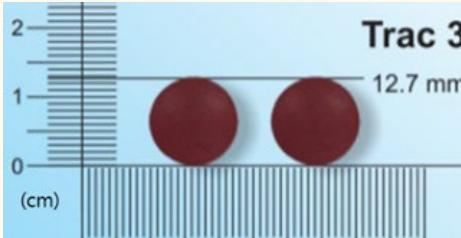
TB - 複方劑型藥品

附件8-8 都治關懷員參考指引十四、附錄

藥品	圖示/中文品名	外觀描述	成分及注意須知
Rifinah (RFN) 150mg	 (圖片來源：奇美醫院衛教資訊網) 樂肺寧糖衣錠150mg	粉紅色，圓凸形糖衣錠	<ul style="list-style-type: none"> RFN (150mg) 為 <u>INH (100 mg)</u> 及 <u>RMP (150 mg)</u> 二合一劑型 常見副作用故常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 INH、RMP 所提事項
Rifinah (RFN) 300 mg	 (圖片來源：奇美醫院衛教資訊網) 樂肺寧糖衣錠 300mg	肉橙色，長條形糖衣錠	<ul style="list-style-type: none"> RFN (300mg) 為 <u>INH (150 mg)</u> 及 <u>RMP (300 mg)</u> 二合一劑型 常見副作用故常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 INH、RMP 所提事項
RINA	 “培力” 利肺膠囊	深紅色/深藍色，長圓柱形膠囊，兩端有Peili C03字樣	<ul style="list-style-type: none"> RINA為 <u>INH (150 mg)</u> 及 <u>RMP (300 mg)</u> 二合一劑型 常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 INH、RMP 所提事項

TB - 複方劑型藥品

附件8-8 都治關懷員參考指引 十四、附錄

藥品	圖示/中文品名	外觀描述	成分及注意須知
Macox Plus	 祛核-二合膜衣錠 300	暗紅色，圓扁形藥錠，單面有剝痕	<ul style="list-style-type: none"> Macox Plus 為 <u>INH (150 mg)</u> 及 <u>RMP (300 mg)</u> 二合一劑型 常見副作用故常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 INH、RMP 所提事項
AKuriT-3 (AKT-3)	 立剋核膜衣錠	紅棕色，長橢圓形膜衣錠	<ul style="list-style-type: none"> AKuriT-3 為 <u>INH (75 mg)</u>、<u>RMP (150 mg)</u> 及 <u>EMB (275mg)</u> 三合一劑型 常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 INH、RMP 及 EMB 所提事項
Trac 3 Tablets	 祛核-三合膜衣錠	暗紅色，圓形膜衣錠	<ul style="list-style-type: none"> Trac 3 為 <u>INH (75 mg)</u>、<u>RMP (150 mg)</u>、及 <u>EMB (275mg)</u> 三合一劑型 常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 INH、RMP 及 EMB 所提事項
Rifater (RFT)	 賽諾菲-衛肺特糖衣錠	粉橙色，圓凸形糖衣錠	<ul style="list-style-type: none"> RFT為 <u>INH (80 mg)</u>、<u>RMP (120 mg)</u> 及 <u>PZA (250 mg)</u> 三合一劑型 常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 IMH、RMP、PZA 所提事項

TB - 複方劑型藥品

附件8-8 都治關懷員參考指引 十四、附錄

藥品	圖示/中文品名	外觀描述	成分及注意須知
AKuriT-4 (AKT-4)	 <p>(圖片來源：實建醫院藥劑科)</p> <p>立剋核-4膜衣錠</p>	暗紅色，橢圓形膜衣錠，單面有剝痕	<ul style="list-style-type: none"> AKT-4 為 <u>INH (75 mg)</u> 、<u>RMP (150 mg)</u> 、<u>PZA (400 mg)</u> 及 <u>EMB (275mg)</u> 四合一劑型 常見副作用故常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 INH 、RMP 、PZA 、EMB 所提事項
Trac 4 Tablets	 <p>Trac 4</p> <p>祛核-四合膜衣錠</p>	肉色，橢圓形膜衣錠	<ul style="list-style-type: none"> Trac 4 為 <u>INH (75 mg)</u> 、<u>RMP (150 mg)</u> 、<u>PZA (400 mg)</u> 及 <u>EMB (275mg)</u> 四合一劑型 常見副作用及使用須知請見前面 單方藥品 中 INH 、RMP 、PZA 及 EMB 所提事項

LTBI - 3HP 單方

附件8-8 都治關懷員參考指引 十四、附錄

成分	圖示/藥品名稱	外觀描述	常見副作用	使用須知
Isoniazid (INH) 300mg		白色，圓凸形藥錠	<ul style="list-style-type: none"> 肝毒性 (皮膚、眼白變黃或食慾不振) 周邊神經病變 (對稱性之端麻木或刺痛感) (少數) 皮疹及其他過敏性反應 	<ul style="list-style-type: none"> 對INH抗藥，或有INH藥物過敏史者不可使用 宜避免與食物併用，或服用後2小時才服用抗酸劑 為專案進口藥品，須簽立同意書
Rifapentine (RPT) 150mg		粉橙色，圓凸形膜衣錠，單面有F字樣	<ul style="list-style-type: none"> 尿液、眼淚、痰液呈橘紅色 (RPT代謝正常現象) 皮疹 類流感症狀 (少數) 肝毒性 (皮膚、眼白變黃或食慾不振) 	<ul style="list-style-type: none"> 對RPT抗藥，或有RPT、rifamycin 藥物過敏史者不可使用 不宜與抗酸劑併用

LTBI - 3HP 複方

圖示/藥品名稱	外觀描述	成分、副作用及使用須知
 HP複方膜衣錠	橘色，長橢圓形膜衣錠，單面有剝痕及 J 21 字樣	<ul style="list-style-type: none"> HP複方為 <u>INH (300 mg)</u> 及 <u>RPT(300 mg)</u> 二合一劑型 常見副作用及使用須知請見上面 INH、RPT 所提事項 為專案進口藥品，須簽立同意書

關懷員健康管理流程

- 一、 關懷員進用後1個月內，應即辦理潛伏結核感染(LTBI)檢驗及胸部X光檢查(CXR)，建立基本資料（都治關懷員健康管理卡如附件）以排除結核病可能性。
- 二、 工作之後，所有關懷員每年應定期至少做一次CXR檢查，如職前LTBI檢驗陰性者尚需進行LTBI檢驗，一旦發現疑似結核病，其相關通報及管理內容請依結核病防治工作手冊辦理。
- 三、 關懷員LTBI檢驗陽轉未LTBI治療者，應每半年CXR檢查，並加強咳嗽監測，讓其瞭解，將來有發病的風險及早期症狀自我認知，如出現疑似異常症狀，仍須隨時進行CXR檢查。
- 四、 關懷員因需關懷送藥而常暴露於結核病菌環境中，務必了解往後關懷送藥，前往傳染性結核病病人所在之密閉空間，應注意自身防護配戴N95口罩，打開窗戶保持室內空氣流通，並處於上風處等保護自己的正確動作。
- 五、 關懷員LTBI檢驗陽性經評估接受LTBI治療，可發給智慧關懷卡，惟務必到點由都治站護理長或衛生所主辦人或指定護理人員執行DOPT，其相關管理內容，請依結核病防治工作手冊辦理。
- 六、 關懷員執行訪視送藥工作時之防護措施，包括配合新興傳染病防疫政策，完成疫苗接種，並應隨時健康監測等注意事項，皆應納入關懷員職前及在職訓練課程。請指導關懷員若前往傳染性結核病病人所在之密閉空間，應請病人配戴外科口罩或自行配戴N95口罩，並建議關懷員打開窗戶保持室內空氣流通。

關懷員健康管理卡(範本)

編號	1	2	3	4	5
基本資料					
姓名					
性別					
身分證號					
生日					
到職日					
疾病史					
現罹患結核病					
結核病病史					
糖尿病					
HIV					
惡性腫瘤					
免疫不全					
其他					
職前檢查					
潛伏結核感染(LTBI)檢驗-IGRA					
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
胸部 X 光檢查					
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					

編號	1	2	3	4	5
在職檢查					
潛伏結核感染(LTBI)檢驗-IGRA					
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
胸部 X 光檢查					
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
異常追蹤情形					
追蹤日期					
追蹤結果					
結核病/潛伏結核感染治療					
治療日期					
診療醫師					
診療醫院					
停藥日					
銷案日					
銷案原因					
中斷治療原因					
中斷治療其他原因說明					