

漢生病防治工作指引

Taiwan Guidelines for Hansen's Disease

衛生福利部疾病管制署 編

衛生福利部疾病管制署 出版

2021 年(修訂)

目錄

目錄.....	1
壹、疾病介紹.....	2
貳、漢生病個案之通報、確診及檢驗.....	3
參、漢生病型態分類.....	5
肆、漢生病治療方式.....	5
伍、漢生病個案照護.....	12
陸、漢生病防治工作相關單位配合事項.....	13
一、漢生病個案通報.....	13
二、漢生病個案確診.....	14
三、漢生病個案治療.....	15
四、漢生病個案管理.....	16
五、外籍移工罹患漢生病之管理.....	21
柒、接觸者追蹤管理.....	22
捌、附錄	
漢生病通報個案處理流程.....	24
(附件 1) 漢生病個案確診及治療結果報告單.....	25
(附件 2) 申請 levofloxacin、moxifloxacin 公費藥物流程.....	26
(附件 3) 漢生病接觸者檢查轉介單.....	29
(附件 4) 漢生病個案就醫治療轉診單.....	30
(附件 5) 漢生病個案管理單.....	31
(附件 6) 漢生病人服藥紀錄(DOTS 日誌).....	32
(附件 7) 漢生病個案管理遷出通知單.....	33
(附件 8) ○○○衛生局 外籍移工複檢備查函(範本).....	34
(附件 9) ○○○衛生局 函請勞動部廢止聘僱許可(範本).....	35
(附件 10) 臺灣漢生病個案國際轉介單.....	36
(附件 11) 抗漢生病專案進口藥品病患同意書(範本).....	40

衛生福利部疾病管制署漢生病防治工作指引

中華民國 97 年 12 月 1 日行政院衛生署疾病管制局衛署疾管核字第 0970022564 號函訂頒

中華民國 100 年 6 月 28 日行政院衛生署疾病管制局衛署疾管核字第 1000300645 號函修訂

中華民國 103 年 1 月 2 日衛生福利部疾病管制署疾管愛核字第 1020303801 號函修訂

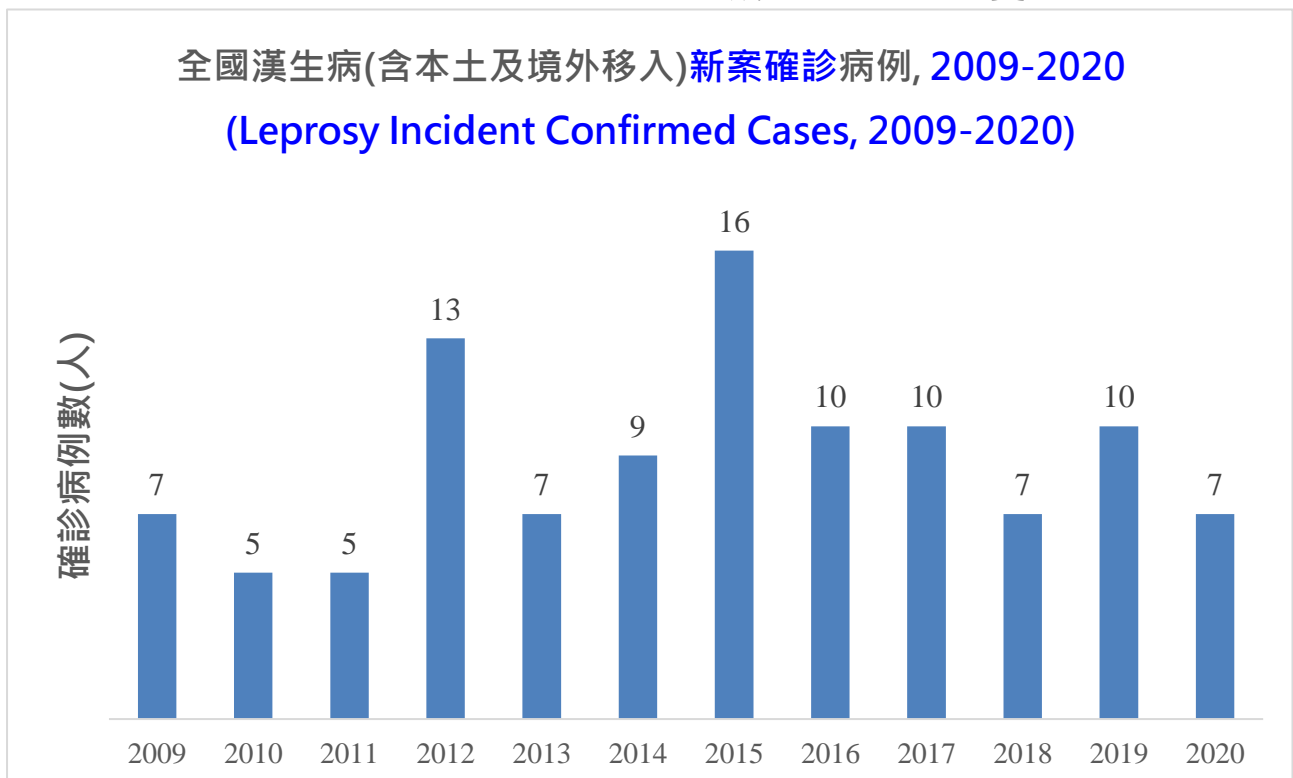
中華民國 110 年__月__日衛生福利部疾病管制署疾管慢字第 110_____號函修訂

壹、 疾病介紹：

一、 漢生病簡介：

漢生病 (Hansen' s disease) 舊稱為癩病(Leprosy) , 1873 年挪威醫師 Hansen 發現是由抗酸桿菌 - *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) 所引起的疾病。

漢生病是一種可治癒且不容易傳染的慢性疾病。主要是影響人體的皮膚、周邊神經及黏膜。如果沒有及早治療，皮膚與身體其他器官會因 *M. leprae* 過度繁殖與發炎造成發紅、變色、變形，入侵末梢神經也會導致皮膚知覺麻木，皮膚無法感覺疼痛因此無法自我保護，當一再受到外界的種種刺激傷害而不自知時，造成肢體嚴重殘缺變形。



[資料來源：疾病管制署 Taiwan CDC 2021/2/19]

二、傳染途徑：

漢生病真正傳染方式不明，較為廣泛接受的傳染方式係與患者長期密切接觸，或經由鼻腔、上呼吸道黏膜接觸到含有 *M. leprae* 的鼻腔分泌物而受到感染。

三、潛伏期：

潛伏期從 2 年至 20 年或更久。

四、臨床症狀：

早期症狀為皮膚出現紅色或白色斑塊、丘疹或小結節，患處感覺喪失；但在很早期時，皮膚感覺可能是正常的。惟倘延遲治療，晚期漢生病患者的身體器官受到嚴重的侵害，即可能造成患者失明、耳聾、爪形手、鼻樑塌陷、鬚眉掉落、獅面、肥耳、四肢潰爛、手足末端缺損等症狀。

貳、 漢生病個案之通報、確診及檢驗：

一、漢生病個案通報定義：

醫師依據臨床症狀，包括：

- (一) 皮膚斑疹、結節、末梢神經喪失知覺或神經腫大等。
- (二) 病理切片或皮膚抹片檢驗發現 *M. leprae*；或組織病理有符合漢生病的肉芽腫反應等。

綜合診斷為疑似漢生病個案，即應進行通報。

二、漢生病個案確診定義：

漢生病個案診斷時應同時具備下列兩項條件：

- (一) 持續性的皮膚病灶上有感覺喪失或改變，或有神經腫大。
- (二) 皮膚抹片(或組織病理)發現 *M. leprae*，或組織病理切片有符合漢生病的肉芽腫反應。

三、漢生病個案確診及治療機構：

- (一) 「漢生病個案確診及治療醫院」包括：國立臺灣大學醫學院附設醫院、馬偕紀念醫院臺北院區、臺中榮民總醫院、國立成功大學醫學院附設醫院及衛生福利部樂生療養院等 5 家專門醫院，以方便個案就醫及接受治療。
- (二) 各醫療院所通報之漢生病個案 (含疑似、確診及復發)，應經由「漢

生病個案確診及治療醫院」之皮膚專科/漢生防治科醫師進行確診為「漢生病」，並進行後續治療。

四、漢生病通報個案檢體送驗：

(一) 漢生病通報個案得送檢體至疾管署檢驗及疫苗研製中心(下稱研檢中心)分枝桿菌實驗室進行 *M. leprae* 鑑定；留在臺灣治療之漢生病個案或久治不癒之困難個案，應提供檢體送研檢中心分枝桿菌實驗室進行 *M. leprae* 鑑定及藥物敏感檢測，檢體送驗相關流程如下：

1. 檢體送驗前先致電聯繫研檢中心分枝桿菌實驗室(電話：02-27850513 分機 839)，並登入本署「傳染病個案通報系統」填寫送驗單。

2. 檢驗期限為 3 ~ 10 工作日。

3. 送驗之檢體種類及運送方式如下：

(1) 石蠟包埋組織切片檢體：

→ 將 5-6 片厚度約 3-10 μm 石蠟切片組織檢體(要切到病灶處)。

→ 置入 1.5 毫升無菌離心管。

→ 將該管裝入夾鏈袋，以室溫保存送研檢中心進行檢測。

(2) 皮膚檢體至少 2 件：

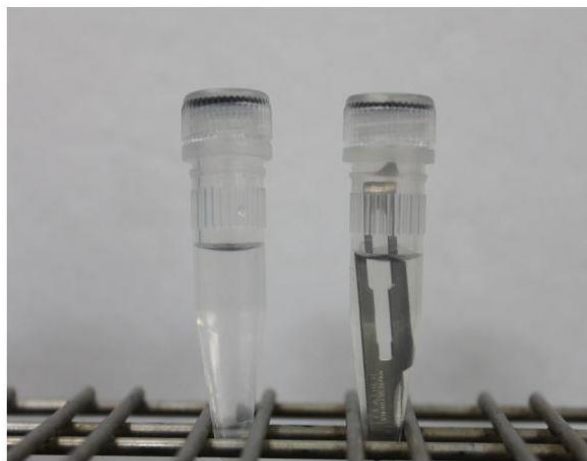
→ 以 15 號無菌不銹鋼刀片，刮取皮膚二處不同部位最明顯病灶處的組織檢體。

→ 將含有刮取組織的刀片，置入內含 1 毫升 70%酒精(防止生鏽)的 1.8 毫升螺旋離心管內。

→ 含刀片之螺旋離心管以室溫保存送研檢中心進行檢測。

註：如為高度疑似個案，建議石蠟切片與皮膚檢體一併送驗。

Molecular Detection for Leprosy and Drug Resistance



參、 漢生病型態分類：

一、 1953 年馬德里會議將漢生病分為腫瘤型 (L)、中間型 (B)、類結核型 (T) 及未定型 (Indeterminate · I)；1962 年 Ridley & Jopling 將 (L)、(B)、(T) 細分為：

(一) Lepromatous Leprosy (LL 型) 腫瘤型

(二) Borderline Lepromatous Leprosy (BL 型) 中間腫瘤型

(三) Mid-Borderline Leprosy (BB 型) 中間型

(四) Borderline Tuberculoid Leprosy (BT 型) 中間類結核型

(五) Tuberculoid Leprosy (TT 型) 類結核型

TT 型與 LL 型較穩定，BT、BB 及 BL 型會隨著患者免疫力與組織切片肉芽腫變化而有相互轉變。一般往 TT 型變化，表示患者有較高免疫抵抗力，稱為升級 (upgrade)；若是往 LL 型變化，則表示患者的免疫抵抗力較低，稱為降級 (downgrade)。Indeterminate 是表示漢生病早期，患者的免疫系統尚未反應，皮膚病灶呈現脫色斑塊但神經症狀並不明顯，病理切片下也看不見明顯的類上皮肉芽腫反應 (epithelioid granuloma) 和抗酸性桿菌 (acid-fast bacilli) 的出現。

二、 1996 年起世界衛生組織(WHO)為便於推行 MDT (Multidrug therapy)，建議依病灶數分為多菌型和少菌型：

(一) 多菌型 (Multibacillary type, MB)：在身體的任何一個地方有明顯皮膚病灶六個 (含) 以上者；或耐酸抹片鏡檢陽性無論病灶數多少，為多菌型漢生病患。

(二) 少菌型 (Paucibacillary type, PB)：有明顯皮膚病灶五個 (含) 以下者，為少菌型漢生病患。

(三) 不易區分或檢驗結果不詳之患者，比照「多菌型」漢生病病患辦理相關防治工作。

肆、 漢生病治療方式：

一、 藥物治療：

(一) 採用多重藥物合併療法 (Multidrug therapy, MDT¹)，不可任意停藥，個案必須服藥至醫師判為完治為止。

表一、漢生病藥物治療處方

年齡層	藥物	劑量與頻率	治療時間	
			多菌型	少菌型
成人	rifampicin ²	600 mg/每月	至少 12 個月	至少 6 個月
	clofazimine	300 mg/每月， 50 mg/每日		
	dapsone	100 mg/每日		
兒童 (10-14 歲)	rifampicin ²	450 mg/每月	至少 12 個月	至少 6 個月
	clofazimine	150 mg/每月， 50 mg/每日		
	dapsone	50 mg/每日		
兒童 (<10 歲或 體重 <40 公斤)	rifampicin ²	10 mg/Kg, 每月	至少 12 個月	至少 6 個月
	clofazimine	6 mg/Kg, 每月， 1 mg/Kg, 每日		
	dapsone	2 mg/Kg, 每日		

註 1：MDT 服用法（每 28 天為一個月週期）；使用專案進口藥物，於用藥前，務必依同意書內容詳盡說明副作用及應注意事項等，並取得病患同意書留存。

註 2：對於多菌型病人之治療，臨床醫師可考慮依照美國之治療建議*採取 RMP 每日服用之治療頻率

* Lancet. 1999;353(9153):655-60.

(二) MDT 藥物介紹：

1. rifampicin (RMP)：

成人的治療劑量為 600 mg/每月，由於 RMP 及其代謝產物呈橘紅色，服用 RMP 時會出現紅棕色尿，故服藥前，診療醫師應先向個案說明，使其安心。副作用為腸胃不適、食慾不振、噁心、嘔吐、皮疹、類流感症狀、肝炎；罕見的不良反應包括血小板減少、溶血性貧血、急性腎衰竭，醫師治療時，倘發現上述症狀，應評估是否停藥，而公衛人員及關懷員訪視時，亦應注意個案服藥後是否出現上述嚴重副作用，倘有疑似症狀，應立即告知醫師。

目前美國對於多菌型 Leprosy 的第一線治療建議是採 rifampicin 600 mg/day，合併 dapsone 100 mg/day 和 clofazimine 50

mg/day。當病人對第一線 MDT 治療反應不佳或復發時，可考慮調整 rifampicin 為每日使用。由於 rifampicin 會經由肝臟 Cytochrome P450 3A4 (CYP 3A4)代謝，因此當每日使用時，須注意與其他經由此代謝途徑的藥物發生交互作用的情況，如口服避孕藥、類固醇等。

2. clofazimine (CFZ) :

輕微副作用為腸胃不適、皮膚色素沉著；故服藥前，診療醫師應先向個案說明，一般停藥數年後，沉著的色素會逐漸消失。另須注意治療可能使心電圖發生 QTc prolongation，若個案有使用其他可能造成 QTc prolongation 的藥物，建議監測基礎值之心電圖並視臨床需求監測心電圖。

3. dapsone :

腸胃不適、貧血，必要時，醫師可提供鐵劑、葉酸；嚴重副作用為過敏、蕁麻疹及皮膚疹。

(三) 其他漢生病之用藥選擇：

1. fluoroquinolones :

雖然目前有許多 fluoroquinolone 類藥物可用於各種不同感染症，但是有些並不能使用於漢生病之治療，如：ciprofloxacin。其中，可使用於漢生病治療的藥物為：

(1) ofloxacin 400 mg/day :

由於其使用的經驗較多，因此 WHO 已將 ROM therapy (rifampicin-ofloxacin-minocycline)納入治療建議。

(2) levofloxacin 500 mg/day 及 moxifloxacin 400 mg/day :

因已開發國家 (美國或臺灣) 要取得 ofloxacin 十分困難，而以 levofloxacin 取代 ofloxacin；levofloxacin 和 moxifloxacin 可能較 ofloxacin 殺菌效果佳，WHO 目前已經建議可用此 2 種藥取代 ofloxacin。

※副作用：嘔吐、腹瀉、腸胃道不適等。

2. macrolides :

macrolides 藥物中僅有 clarithromycin 可用於 Leprosy 治療，但其殺菌效果比 rifampicin 差。研究顯示使用 clarithromycin 500 mg/day，治療 28 天和 56 天可殺死 99%和 99.9%的 *M. leprae*。

※副作用：噁心、嘔吐、腸胃不適、腹瀉。

3. minocycline :

minocycline 為 Tetracycline 類藥物中唯一被證實可有效殺死 *M. leprae*。其殺菌效果較 clarithromycin 佳，但仍比 rifampicin 差。minocycline 之使用方式為 100 mg/day。

※副作用：包含嬰兒與兒童牙齒脫色(8 歲以下兒童不建議使用)、偶有皮膚與黏膜色素沈著、腸胃不適、頭暈或光敏感。

(四) 治療抗藥性漢生病或副作用之替代處方建議：

當病人治療反應不佳，仍在等待後續抗藥性檢測結果時，建議加上至少 2 種可能有效的藥物一併使用(Never adding a single drug to a failed regimen)，再依抗藥性檢測結果調整為至少 3 種有效藥物合併使用之處方。

表二、RMP 抗藥或副作用之漢生病治療處方建議 (兒童劑量請參照表一)

抗藥或副作用類別	治療方式(均為每日服用)	
	前 6 個月	接續 18 個月
RMP 抗藥或副作用	moxifloxacin 400 mg* + minocycline 100 mg + clofazimine 50 mg	moxifloxacin 400mg* OR minocycline 100 mg + clofazimine 50mg
	moxifloxacin 400 mg* + clarithromycin 500mg + clofazimine 50 mg	moxifloxacin 400 mg* + clofazimine 50 mg
RMP 及 FQ 抗藥或副作用	clarithromycin 500mg + minocycline 100 mg + clofazimine 50mg	clarithromycin 500 mg OR minocycline 100 mg + clofazimine 50 mg

*moxifloxacin 400 mg 可以 levofloxacin 500 mg 取代

表三、 dapsone/clofazimine 抗藥或副作用之漢生病治療處方建議
(兒童劑量請參照表一)

抗藥或副作用類別	治療方式 (均為每日服用)
dapsone 抗藥或副作用	rifampicin 600 mg + clofazimine 50 mg + minocycline 100 mg <i>OR</i> clarithromycin 500 mg <i>OR</i> moxifloxacin* 400 mg
clofazimine 懷疑抗藥或副作用	rifampicin 600 mg + moxifloxacin 400 mg* + minocycline 100 mg ± dapsone 100 mg <i>OR</i> clarithromycin 500 mg **

註 1：治療時間依循表一

註 2：PB 和 MB 治療建議期程重新計算

*moxifloxacin 400 mg 可以 levofloxacin 500 mg 取代

**由於目前無法進行 clofazimine 之分子抗藥性檢測，應視臨床反應以及可能的抗藥性來選擇有效的三種藥物組合

表四、 fluoroquinolone 藥物劑量建議

藥品	每日劑量 (最大劑量)	每日劑量	
		(50 公斤以下)	(50 公斤以上)
levofloxacin (500mg)	7.5-10mg/Kg (500~1000mg)	500 mg	750 mg
moxifloxacin (400mg)	400mg	400 mg	400 mg

二、皮膚抹片菌檢(或切片檢查)：

- (一) 最適採檢部位如下：新診斷時以新病灶為首要，後續追蹤優先順序為(1)新病灶、(2)舊病灶、(3)耳垂。
- (二) 多菌型個案首次確診時，如菌檢呈陽性，則治療開始後，應每半年作一次皮膚菌檢，持續至菌檢為陰性後，改為原則每隔 3 個月菌檢一次，連續 3 次菌檢均為陰性時，則可判停藥完治。
- (三) 少菌型個案首次確診時如菌檢呈陰性，則治療開始後，原則每隔 3 個月實施皮膚菌檢一次，連續 3 次陰性 (包含確診時的菌檢) 且皮

疹消失，則可判停藥完治。

三、視力：

為初診個案安排眼科檢查是必要的，有任何眼部新發生症狀，如疼痛、發紅、流眼淚、難以閉眼或乾燥等，應立即至眼科診療，檢查是否有角膜反射受損、結膜炎、兔眼、暴露性角膜炎、虹膜睫狀體炎、視力減退或失明等。定期檢查可避免嚴重眼疾甚至失明。

四、神經學檢查：

周邊神經損傷是漢生病的特色之一，可在診斷前、治療中或治療後發生。定期檢查能及時發現早期的神經損害並立即進行治療，可預防不可逆的神經病變。周邊神經負責皮膚感覺及肌肉運動，周邊神經損害可導致：

(一) 感覺喪失：

感覺喪失出現在皮膚病灶或某條神經支配的皮膚區域，最先失去的是溫覺，接著依序是輕觸覺、痛覺及深壓力感覺。臨床上，可以棉棒測試輕觸覺、用原子筆尖端輕觸或單股尼龍纖維測試壓覺、用針刺來測試痛覺、用裝有冷熱水之試管測試溫覺或安排感覺神經定量檢查。須提醒個案每天檢查皮膚，避免因不當使用而產生潰瘍或殘缺。

(二) 周邊神經的腫大或疼痛：

神經的急性發炎可以導致嚴重的疼痛，常出現在尺神經溝以上的尺神經、內踝後方的脛後神經、環繞腓骨頭部的腓總神經、腕部橈側皮神經、面神經及耳大神經，以及正中神經。

(三) 神經麻痺及肌肉萎縮：

尤以手及腳部為甚，可測試肌力、用肌力測試儀檢測或安排神經傳導檢查。可以導致手腳的變形，如爪形手、爪形趾、垂腕、垂足等。已發生不可逆病變致終身殘疾者，要矯治已有的畸形及外傷，以改善或重建肢體功能。

(四) 皮膚乾燥：

因缺乏皮脂分泌及汗液排泄引起，造成乾裂的皮膚。須提醒個案保濕及使用凡士林等以防繼發性感染。

五、癩反應：

免疫系統過敏反應導致組織破壞，是急性發炎產生的併發症，一旦發生應緊急就醫處理，可以減少神經不可逆的損害。不論是否曾接受過藥物治療，30-50% 的患者可能會經歷過敏反應，個案也常在此階段而非

典型病灶時被診斷，在治療過敏反應期間，務必持續並確保足夠的抗生素治療。癩反應可以分為三種類型：

(一) 第一型癩反應(Type I reactions or reversal reactions)：

多發生在中間型的個案，是漢生病導致失能最重要的原因。屬遲發型過敏反應，在原有皮疹處會急性發炎水腫，嚴重時會有壞死或潰瘍；神經炎，可急速腫脹，有時會產生神經膿瘍。建議使用類固醇治療。

(二) 第二型癩反應(Type II reactions or ENL, erythema nodosum leprosum)：

只發生在多菌型個案(通常 BI \geq 4)，抗原和抗體形成的免疫複合體造成組織傷害，比第一型過敏反應少見，危險因子有懷孕、哺乳期、青春期的等。在手臂、腿、軀幹和臉的皮膚上產生一群具疼痛之結節及腫塊，可有水泡、膿泡甚至壞疽產生，稱「癩病結節性紅斑」，並伴隨全身性的表現，包括發燒、體重下降、神經痛、鞏膜炎、虹膜炎、睪丸炎、淋巴腺炎、肌肉關節炎及蛋白尿等，建議使用 clofazimine(每日 300mg)或 thalidomide 治療 (須事前審查)。

(三) Lucio 現象：

屬於 Type III 免疫複合體過敏反應引起壞死性的過敏性血管炎，未經治療呈不可逆性反應。這種類型過敏反應較為罕見，一旦發生常造成嚴重的血管壞死而危及生命，多在墨西哥發現，通常發生於瀰漫性腫瘤型漢生病(LL)患者。有廣泛性皮膚壞死、腳腫大、手腳麻痺感、鼻充血、流鼻血、聲音沙啞、睫毛脫落等。建議使用免疫調節劑治療。

六、延長治療：

治療中個案如藥物療程完成後，皮膚菌檢呈陰性但病灶仍未消失或皮膚抹片(或切片)菌檢仍為陽性者，可由臨床醫師決定給予適度延長治療。

七、個案完治：

指接受治療之個案，如藥物種類、劑量正確、並規則服用，且依上述建議療程完成治療後，在少菌型個案須醫師診療評估臨床皮膚病灶消退且皮膚菌檢結果，*M. leprae* 呈現陰轉，始為完治，個案不需再服用抗漢生病藥物，但建議個案完治後須於第 3, 6, 12, 24 個月回診追蹤一次。

伍、 漢生病個案照護：

- 一、 預防神經受損所造成的損傷或失能(Prevention of disability, POD)：
評估及記錄神經受損所造成的損傷或失能；神經受損所造成的損傷或失能分為：0、1、2 等級，每一個眼睛、手、腳皆有其失能等級，所以 6 個部位等級加總為總級分，代表漢生病組織損傷或失能程度。

組織損傷或失能程度評估表

等級	手	腳	眼睛
0 級	無	無	無
1 級	感覺喪失	感覺喪失	無
2 級	有傷口、潰瘍、爪型手、垂足及組織喪失（如手指部份功能喪失）	有傷口、潰瘍、垂足及組織喪失（如腳趾部份功能喪失）	眼睛無法閉合，或明顯的紅眼睛，或視力減弱，或失明

0 級：是指沒有發現失能的情形

1 級：是指手或腳感覺喪失（不包括眼睛）：因身體周邊神經受損。

較常見於疾病被診斷後；腳底感覺喪失，是發展成腳底潰瘍的重要風險。在皮膚斑塊的感覺消失並不明顯。

※照護重點：穿著合適的鞋，以保護避免產生潰瘍，並避免長時間雙腳站立。

2 級：是指已看得到損傷或失能

（1）眼睛的損傷或失能：包括眼睛無法閉合或明顯的紅眼睛或視力減弱或失明。

（2）手腳的損傷或失能：包括有傷口、潰瘍、爪型手、垂足及組織喪失（後期才出現，如手指或腳趾部份功能喪失）。

二、 教導個案居家自我照護

- （一）依醫囑按時服藥。
- （二）預防神經受損造成的傷害：

1. 眼睛的照護：

- （1）每天檢查眼睛是否發紅。
- （2）常眨眼睛或閉眼休息，以保持角膜潮濕。
- （3）外出時，戴帽子或戴太陽眼鏡以避免陽光直射和預防灰塵

進入眼睛。

(4) 眼睛無法閉合的個案，睡覺時使用適當的覆蓋物，以保護眼睛。

2. 手、足部的照護：

(1) 檢查有無傷口；有傷口時，每天需消毒並使用乾淨的紗布覆蓋。

(2) 適度的清潔皮膚、保持皮膚濕潤和彈性，並塗上凡士林或油脂，預防皮膚乾燥。

(3) 工作時，戴布料手套；走路時穿合適的鞋，避免赤足或穿涼鞋。

(4) 避免快行或長距離步行。

(5) 如有手肌肉無力或垂足情形時，被動的伸展及運動可以預防肌肉及肌腱攣縮。當手、足部感覺喪失時，要注意接觸過熱或過冷物品會造成燙傷或凍傷，並常檢視腳底是否有任何異常皮膚病變以免造成潰瘍。

陸、 漢生病防治工作相關單位配合事項：

一、 漢生病個案通報

(一) 醫療機構

1. 發現漢生病個案（含疑似、確診及復發），應依傳染病防治法相關規定，於疾病管制署「傳染病個案通報系統」進行網路通報，依個案情形維護「境外移入」欄位，並將檢驗結果登載於傳染病個案通報系統之「附加資訊」項下；無網路通報系統之醫療院所，則以書面方式向所轄衛生局進行通報，由所轄衛生局協助進行網路通報。

2. 檢體轉送：

(1) 採檢方式：（須由受過相關訓練之醫師或醫檢師執行）

A. 皮膚抹片：

刀劃法取皮膚組織液將刀片上的檢體抹成直徑約 5-7 mm 的圓形區於玻片上，可採自然乾燥或加熱乾燥。

B. 鼻腔黏膜或喉頭分泌物：

直接塗抹於玻片上，可採自然乾燥或加熱乾燥。

C. 病理切片檢查：

應注意所採取的標本必須包括皮膚各層及皮下脂肪。

- (2) 檢體採抗酸性染色法。
- (3) 所採取之組織塗抹於玻片上之標本塗點需標示清楚，並須於檢驗報告單上記載每塗點之採集部位。
- (4) 醫療院所將通報個案所採檢之檢體玻片（需含皮膚蠟塊檢體及染色玻片）包裝妥善，醫療院所直接寄送玻片或由衛生局協助轉送玻片至「漢生病個案確診及治療醫院」。
- (5) 依第 4 頁送驗之檢體種類：石蠟包埋組織切片或皮膚刀片檢體送至研檢中心分枝桿菌實驗室。

(二) 各縣市衛生局

1. 醫院所轄衛生局協助無網路通報系統之醫療院所登錄傳染病個案通報系統，進行網路通報；倘個案居住地與原通報醫院所轄衛生局不同時，原通報醫院所轄衛生局應協助轉知個案居住地縣市衛生局，並由個案居住地縣市衛生局（下稱該管衛生局）進行個案管理工作。
2. 個案為外籍移工者，請參閱本指引「五、外籍移工管理」辦理。
3. 請於傳染病個案通報系統中針對「境外移入」欄位進行維護，由於漢生病潛伏期長，符合以下條件者為「**境外移入**」：
 - (1) 本國籍個案，若有在國外累積超過一年以上長期居住史（如：中國、東南亞國家、印度、巴西等）。
 - (2) 非本國籍個案，且無在國內接觸漢生病確診個案之接觸史。

二、漢生病個案確診

(一) 該管衛生局

1. 該管衛生局接獲各醫療院所通報漢生病個案（含疑似、確診及復發），應於通報後 15 個工作天內協助轉介個案，並確認原切片檢體（需含皮膚蠟塊檢體及染色玻片）已送至「漢生病個案確診及治療醫院」或依第 4 頁送驗之檢體種類：石蠟包埋組織切片或皮膚刀片檢體送至研檢中心分枝桿菌實驗室進行確診（檢體應於個案前往「漢生病個案確診及治療醫院」確診前，即送達至該醫院皮膚部（科）聯絡窗口）。
2. 經確診為漢生病個案，該管衛生局收到醫院所傳之「漢生病個案

確診及治療結果報告單」，應將報告單上傳疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生病子系統」、安排接觸者檢查，並知會疾病管制署分區管制中心(下稱區管中心)。

3. 若個案通報後未至「漢生病個案確診及治療醫院」確定診斷即出境，且該個案有病理或相關檢查報告，仍應由該管衛生局於個案出境後一個月內，將其病歷和報告送至「漢生病個案確診及治療醫院」協請醫療專家進行書面審查。
4. 該管衛生局收到醫院所傳之「漢生病個案確診及治療結果報告單」診斷結果為未明或非漢生病時，仍須將報告單傳送給區管中心知悉。

(二) 漢生病個案確診及治療醫院

1. 依個案臨床症狀、抹片菌檢及原個案切片檢體 (或重新作切片)進行確診；個案完成確診後，應寄還原通報醫院之切片檢體 (皮膚蠟塊檢體及染色玻片)，並填寫「漢生病個案確診及治療結果報告單」中「確診結果」(如附件 1)，傳送該管衛生局。
2. 「漢生病個案確診及治療醫院」診視後，仍無法確定診斷(含「漢生病個案確診及治療醫院」皮膚專科/漢生防治科醫師通報疑似個案)時，則由該院請另一家「漢生病個案確診及治療醫院」共同診斷複判，並將個案切片檢體寄送至擬協助複判之醫院；或提供檢體至研檢中心分枝桿菌實驗室進行 *M. leprae* 鑑定。

(三) 疾病管制署區管中心

輔導轄區衛生局落實執行相關防治及個管作業，並以電子郵件傳送疾病管制署慢性組有關通報個案「漢生病個案確診及治療結果報告單」診斷結果之訊息。

(四) 疾病管制署慢性組

依各區管制中心所傳之「漢生病個案確診及治療結果報告單」診斷結果於傳染病個案通報系統輸入個案研判結果。

三、漢生病個案治療

漢生病個案確診及治療醫院

1. 個案確診為漢生病新案時，應協助個案申請重大傷病卡，並向個案說明應配合該管衛生局接受「直接觀察治療 (DOTS)」關懷

員之送藥服務，及約定個案回院複診（原則上，個案每月須回診一次，惟臨床醫師得依個案病情需要增加其回診次數；參加 DOTS 之個案，臨床醫師得依個案病情需要，評估同意其每 3 個月回診一次）。

2. 抗漢生病藥物（MDT 片裝藥物：dapsonе、clofazimine（B663）、rifampicin）由樂生療養院負責專案進口提供給其他「漢生病個案確診及治療醫院」。使用前，務必向病患說明服用藥物之副作用注意事項，並請其填寫同意書；其他配合治療漢生病藥物可向衛生福利部中央健康保險署申請。
3. 如治療中個案需以公費藥 levofloxacin、moxifloxacin 治療時，參照附件 2 申請。
4. 若個案曾經醫師治療且判定為完治，但須重啟治療時，應於「傳染病個案通報系統」重新通報，並填妥「漢生病個案確診及治療結果報告單」（附件 1），於報告單「三、診斷結果」勾選「復發」，回傳送該管衛生局。
5. 若個案尚未完治且治療中斷 3 個月以上，則為「失落」，日後重啟治療時，應填妥「漢生病個案確診及治療結果報告單」（附件 1），於報告單「三、診斷結果」勾選「失落」，回傳該管衛生局。
6. 若個案完成治療且經醫師判定為「完治」，應填妥「漢生病個案確診及治療結果報告單」（附件 1），於報告單「治療結果」勾選「完治」，回傳該管衛生局。
7. 完治個案不需再服用抗漢生病藥物，但建議個案完治後須於第 3, 6, 12, 24 個月回診追蹤一次。

四、漢生病個案管理

（一）該管衛生局

1. 收案作業：

（1）接獲漢生病新個案時：

該管衛生局應於 7 個工作日內進行個案收案、疫調及安排接觸者檢查（附件 3，一式 2 份），並將個案及接觸者相關結果登載於疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生病子系統」。

(2) 接獲漢生病重啟治療個案時：

衛生局收到復發(醫院須再通報)或失落(醫院無須再通報)之個案重啟治療時，收治醫院回傳「漢生病個案確診及治療結果報告單」(附件1)，並副知所轄區管中心，該管衛生局應於7個工作日內進行個案收案/訪視，如有新增其他接觸者，應安排接觸者檢查(附件3，一式2份)，並將個案及接觸者相關結果登載於疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理-漢生病子系統」。

2. 定期訪視：

(1) 治療中個案：

- A. 協助安排並追蹤個案定期複診及接觸者追蹤檢查。
- B. 個案原則上應接受直接觀察治療(DOTS)，並追蹤個案定期回院複診，且申請公費藥物必須加入DOTS，由關懷員送藥予個案，衛生所個案管理人員至少每2個月面訪一次；未參加直接觀察治療(DOTS)個案，至少每月面訪一次(訪視時，可配合個案每月一次服用rifampicin之時間)至個案完治。
- C. 訪視工作內容：
 - a. 監督個案服藥之順從度，觀察病灶進步情形、副作用並教導病患及家屬相關預防保健措施。
 - b. 依「組織受損或失能程度評估表」，評估並記錄有無神經損傷所造成的傷害或失能，病患如肢端神經受損，應教導個案如何保護肢體、處理創口，以避免殘障，必要時，應轉介就醫。
 - c. 治療中之個案如發生嚴重病灶反應或藥物副作用時，應協助轉介「漢生病個案確診及治療醫院」處理；如需住院治療，應於症狀緩解後，即可出院，毋須且不得長期收容。
- D. 個案由原診治醫院轉另一家醫院診治時，該管衛生局須請原診療醫院填寫「漢生病個案就醫治療轉診單」(附件4)。
- E. 接獲個案診治醫院之完成治療通知之「漢生病個案確診及治療結果報告單」，7個工作日內應將該報告單上傳系統，

並且於系統鍵入狀態為「完治」以及治療完成日期。

(2) 完治個案：

漢生病病患經醫師判定治療完成後，應註記為「完治個案」（可銷案並停止追蹤管理），並於「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生病子系統」進行資料維護。

(3) 失聯個案：

- A. 失聯個案該管衛生局應透過鄰居親友、村里長、戶役政系統、健保投保單位及警政協尋等方式多方尋訪及查明行蹤。
- B. 該管衛生局至少應每半年更新追蹤訪查情形，並將訪查情形紀錄於「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生病子系統」之「個案定期追蹤訪視紀錄」頁面，並於系統上將個案狀態維護為「失聯」。
- C. 若找到失聯個案後，該管衛生局應協助轉介「漢生病個案確診及治療醫院」，並確認個案後續治療情形。

3. 個案資料系統維護：

- (1) 填寫「漢生病個案管理單」：衛生所個案管理員每次訪視結果，應填寫於「漢生病個案管理單」（附件 5），並於「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生病子系統」進行資料維護。
- (2) 接受直接觀察治療 (DOTS) 之漢生病個案，應填「漢生病病人服藥紀錄 (DOTS 日誌)」(附件 6)，並於「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生病子系統」進行資料維護，且該管衛生局應定期檢視 DOTS 日誌正確性。
- (3) 個案完治、重新治療、失聯、離境或死亡時，該管衛生局承辦人應進行系統上個案狀態更新等相關維護作業，且知會所屬分區之疾病管制署管制中心及慢性組。

4. 個案遷出入作業：

- (1) 列管個案異動如搬遷居住地，原該管衛生局應負責查明個案新居住地址，並於疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生病子系統」進行資料維護 (含死亡個案)。
- (2) 個案遷出後 7 個工作日內，填寫「漢生病個案管理遷出通知單」(附件 7) 及檢附個案管理相關資料，通知個案新居住地之縣市衛生局繼續管理。遷入個案之衛生局所於收

到通知後，應於 7 個工作日內完成家訪並回復遷出單位。

5. 個案跨國轉介作業：漢生病個案預定/已移居或出國時，該管衛生局應執行下列事項：

- (1) 向個案說明持續服藥完成治療之重要性。
- (2) 向個案說明疾病管制署將於其回國後，協助進行跨國轉介事宜：衛生局應於該個案出境後 14 日內，以密件函知區管中心，函文內容應包括個案中英文姓名、個案身分證號、護照號碼、診治醫師姓名、診治醫師服務單位及診治醫師聯絡電話，並檢附以英文電腦輸入方式填妥之「臺灣漢生病個案國際轉介單」(Taiwan International Hansen's Disease Referral Form，附件 10)，以利區管中心確認治療現況。
- (3) 該管衛生局追蹤個案是否離境，已離境者，應取得移民署入出境紀錄查詢結果上傳於疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生子系統」，並將個案狀態更新為銷案(銷案原因請選擇為出境/移民)。

6. 銷案作業：

- (1) 接受治療之漢生病個案，如藥物種類、劑量正確、並規則服用，且依規定療程完成治療後，由醫師診療評估臨床皮膚病灶消退，且皮膚抹片(或切片)菌檢，*M. leprae* 呈現陰轉，由漢生病個案確診及治療醫院填寫「漢生病個案確診及治療結果報告單」，且於治療結果勾選為「完治」，回傳該管衛生局後，衛生局應於 1 個月內辦理銷案作業，於「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生子系統」更新個案狀態為銷案(銷案原因為完治)。
- (2) 漢生病個案死亡，接獲個案死亡證明後 1 個月內應於「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生子系統」更新個案狀態為銷案(銷案原因為死亡)。
- (3) 漢生病個案出境，接獲個案移民署入出境紀錄查詢結果後 1 個月內應於「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生子系統」更新個案狀態為銷案(銷案原因為出境)。
- (4) 漢生病個案移民，接獲個案移民事實後 1 個月內應於「慢

性傳染病追蹤管理 - 漢生病子系統」更新個案狀態為銷案(銷案原因為移民)。

(二) 樂生療養院

1. 應負責辦理漢生病治療用藥專案進口工作，並提供其他 4 家「漢生病個案確診及治療醫院」藥劑部(科)抗漢生病藥物。
2. 定期與各縣市衛生局合作，依下列規定辦理漢生病巡迴檢診工作：
 - (1) 巡檢對象：疾病管制署全國漢生病個案資料庫中之病患(含完治銷案個案)及其親密接觸者。
 - (2) 巡檢工作項目：追蹤治療情形、皮膚病灶，並教導病患及家屬相關預防保健措施。
 - (3) 巡檢時，如發現個案復發，應依傳染病防治法規定，於疾病管制署「傳染病個案通報系統」進行個案通報。
3. 辦理醫事人員漢生病相關教育訓練工作：
 - (1) 教育訓練對象：醫師、醫檢師、護理人員及防疫人員等。
 - (2) 課程項目：漢生病診斷治療、*M. leprae* 檢驗工作、漢生病防治、病人訪視技巧。

(三) 疾病管制署區管中心

1. 督導及協助縣市衛生局辦理有關漢生病個案管理(含收案、定期訪視、個案資料系統維護、遷出入及銷案作業)及跨國轉介相關事項。
2. 個案跨國轉介作業：區管中心承辦人接獲衛生局函文後，應確認資料正確性，並會請所屬區管中心防疫醫師填具我國聯繫窗口(「臺灣漢生病個案國際轉介單」之「3. Contact information」)。函文簽辦完成後，以電子郵件方式傳送該轉介單並移請疾病管制署疫情中心(IHR Focal Point) 進行個案回國後之聯繫事宜。IHR Focal Point 並於首次轉介通知對方國時，副知疾病管制署慢性組，另於後續雙方國窗口聯繫事項涉及政策規範時，移請疾病管制署慢性組協助回復。

(四) 疾病管制署慢性組

1. 協調及監督各縣市衛生局及「漢生病個案確診及治療醫院」有關漢生病個案通報、確診、治療及管理相關事宜。

2. 原則每半年召開「漢生病個案討論會」，邀請相關專家共同審查治療超過 1 年以上未完治之個案及困難個案等。

五、外籍移工罹患漢生病之管理

(一) 受聘僱外國人入國後健康檢查指定醫院(下稱外國人健檢指定醫院)

發現「疑似漢生病」個案：

1. 外國人健檢指定醫院：

- (1) 發現個案疑似漢生病時，應於疾病管制署「傳染病個案通報系統」進行通報，並應確實維護「境外移入」欄位。
- (2) 通知雇主，自收受健康檢查證明之次日起 15 日內，由雇主/仲介偕同外籍移工前往「漢生病檢查之指定機構(漢生病個案確診及治療醫院)」進行確診。

2. 縣市衛生局辦理健康檢查備案時：

- (1) 核對疑似漢生病個案是否經「漢生病檢查之指定機構(即漢生病個案確診及治療醫院)」確診。對於不合格或需進一步檢查之疑似個案，請其至「漢生病檢查之指定機構(漢生病個案確診及治療醫院)」確診(範本如附件 8)，並追蹤其是否再次提交複檢備查函。對於經「漢生病檢查之指定機構(即漢生病個案確診及治療醫院)」確診為漢生病個案，於作成健康檢查不合格及不予備查處分前，應主動提供雇主及外籍移工罹患漢生病者得留臺治療之相關資訊，以維護外籍移工申請與接受都治服務之權利，並保障其工作權。如未申請留臺治療、未配合衛生機關防疫措施或疑似漢生病個案放棄確診者，核發不予備查函，並副知勞動部，由該部撤銷該外籍移工之聘僱許可。
- (2) 對於經核發不予備查函個案，該管衛生局移工健康檢查承辦人應會辦漢生病承辦人，並確認該健檢醫院已依循「傳染病個案通報系統」進行通報作業。

(二) 外籍移工因病就醫，經醫院於傳染病個案通報系統通報為漢生病：

衛生局於「傳染病個案通報系統」發現外籍移工漢生病個案時，應連絡雇主偕同外籍移工，儘速前往「漢生病檢查之指定機構(即漢生病個案確診及治療醫院)」進行確診。如個案確診為漢生病，應主動提供雇主及外籍移工罹患漢生病者得留臺治療之相關資訊，以維護外

籍移工申請與接受都治服務之權利，並保障其工作權。倘未申請留臺治療都治服務，須取得個案護照號碼，主動發函通知勞動部，說明該名外籍移工罹患指定傳染病，請依就業服務法第 73 條第 4 款廢止其聘僱許可、第 74 條第 1 項規定經廢止聘僱許可之外國人，應即令其出國（範本如附件 9）。

(三) 外籍移工經確診為漢生病個案，得申請在臺治療，申請流程：雇主得於收受漢生病診斷證明書之次日起 15 日內，檢具下列文件送交所在地衛生主管機關申請都治服務：

1. 診斷證明書
2. 雇主協助受聘僱外國人接受治療意願書
3. 受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

(表單格式，請查詢疾病管制署網站/國際旅遊與健康/外國人健康管理/受聘僱外國人健檢/受聘僱外國人在臺接受肺結核或漢生病治療)

認定結果：受聘僱外國人於完成都治服務藥物治療，且經衛生主管機關認定完成治療者，視為合格。但未配合都治服藥累計達 15 日(含)以上，視為「不合格」，由所在地衛生主管機關函請勞動部廢止其聘僱許可。

(四) 外籍移工漢生病個案如於聘期屆滿前，仍未完成治療者，則由衛生機關進行跨國轉介，請其返回母國後繼續治療。

(五) 外籍移工經確診為漢生病但不留臺治療時，請確診醫院同時開立抗漢生病片裝藥物 (MDT) 28 日，供個案帶回國治療；並由該管衛生局進行跨國轉介作業。

(六) 縣市衛生局如發現轄區罹患漢生病之外籍移工失聯，應發函通知內政部移民署 (下稱移民署) 各縣市服務站，並請於該署資訊系統「外僑居留檔」註記「曾為漢生病個案，查獲時，請通知當地衛生局」。

(七) 縣市衛生局接獲移民署專勤隊查獲失聯之外籍移工漢生病個案時：

1. 請於接獲移民署通知 7 個工作日內協同移民署或警察單位安排該外籍移工前往「漢生病檢查之指定機構(即漢生病個案確診及治療醫院)」就醫；並於個案等待遣返期間，衛生局應會同移民署安置個案。
2. 倘發現失聯之外籍移工漢生病個案，非屬轄區失聯個案時，即請通

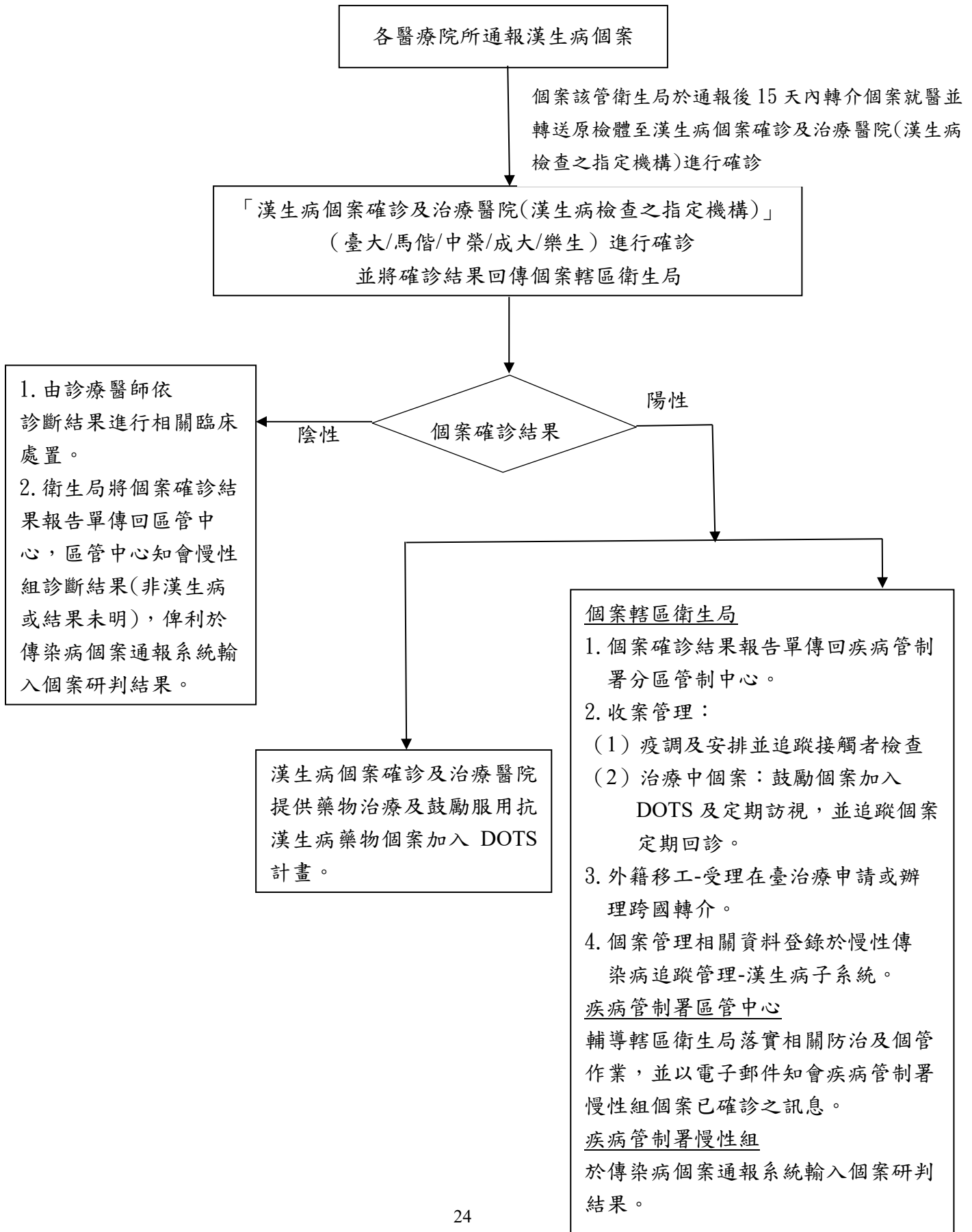
知該管衛生局，該管衛生局應於接獲通知 7 個工作日內受理。

柒. 接觸者追蹤管理

- 一、 接觸者定義：與指標個案共同居住者。
- 二、 接觸者檢查：
 - (一)由指標個案管轄衛生局進行接觸者追蹤及後續轉介至「漢生病個案確診及治療醫院」。
 - (二)啟動時間：收案後著手準備前置作業，待指標個案確診後 1 個月內儘速執行。
- 三、 接觸者調查工作項目及重點說明：
 - (一)該管衛生局應確實匡列並安排接觸者檢查，並將其結果輸入疾病管制署「慢性傳染病追蹤管理 - 漢生子系統」之該指標個案接觸者欄位。
 - (二)如發現接觸者疑似為漢生病個案，應依傳染病防治法相關規定，於疾病管制署「傳染病個案通報系統」進行網路通報。

捌. 附錄

漢生病通報個案處理流程



漢生病個案確診及治療結果報告單

2020 年 7 月改製

個案基本資料

姓名： _____ 身分證字號/(居留證號)： _____ 生日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別： _____

確診結果

一、病史及症狀：

二、檢體送驗結果：

皮膚抹片： 有，結果： _____ 未做 其他 _____

組織病理切片： 有，結果： _____ 未做 其他 _____

三、診斷結果：

確診漢生病，分型： 多菌型 少菌型

病人分類： 新病人 曾經治療過漢生病： 復發 失落 其他 _____

組織受損或失能程度（雙側共 0—12 級分）： _____ 級分（部位 _____）

非漢生病 _____

未明，建議處置： _____

四、確診日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 開始治療日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

治療結果：

完治 日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

說明：

病人分類：

1. 新病人：未曾接受過漢生病藥物治療；2. 復發：曾經完成治療但再度有細菌學證據需再度治療；

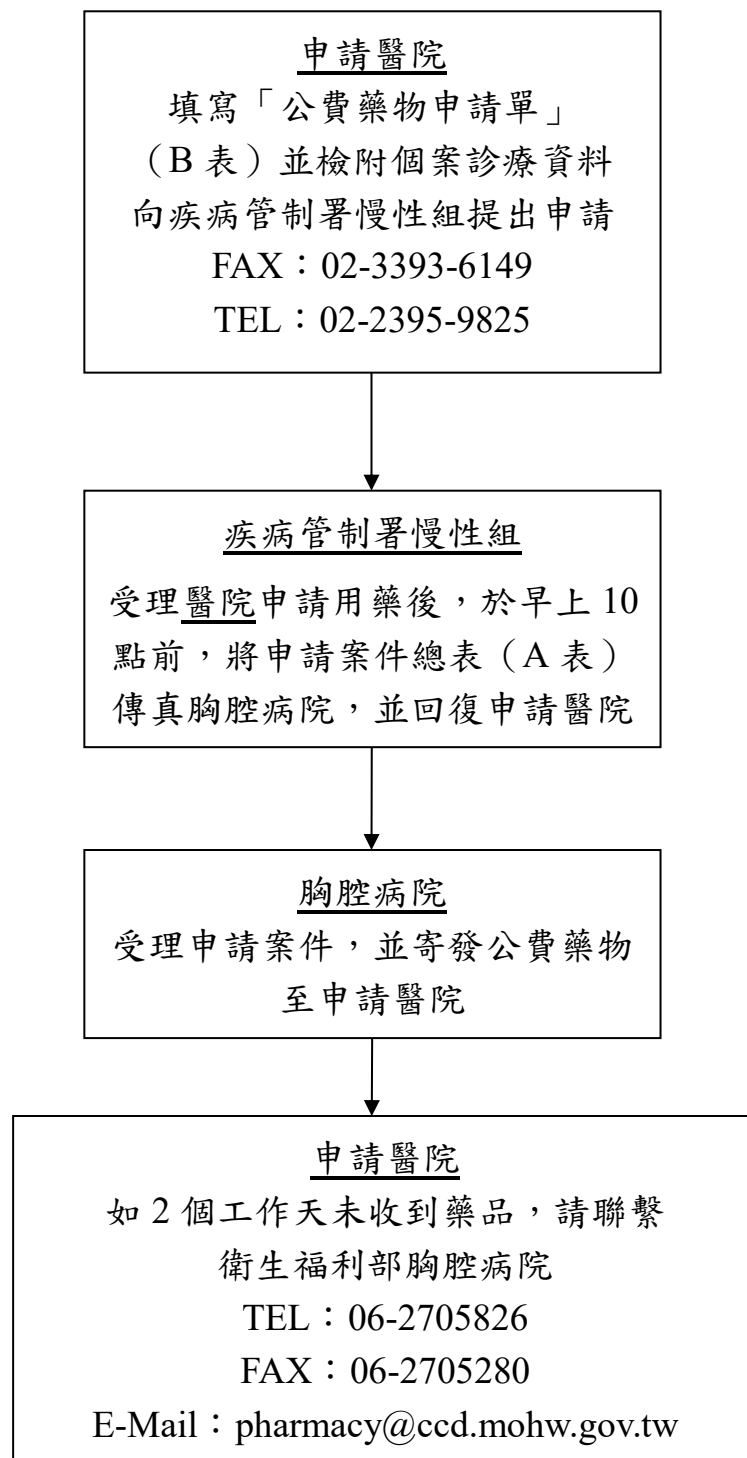
3. 失落：中斷治療 3 個月以上；4. 若無法判定為復發或失落者或失聯，則選填其他。

完治：指接受治療之個案，如藥物種類、劑量正確、並規則服用，且依規定療程完成治療後，由醫師診療評估臨床皮膚病灶消退，且皮膚抹片(或切片)菌檢，*M. leprae* 呈現陰轉，始為完治，個案可停服用抗漢生病藥物。

醫院名稱： _____

醫師簽章： _____

衛生福利部疾病管制署
申請 levofloxacin、moxifloxacin 公費藥物流程
(漢生病個案確診及治療醫院專用)



說明 A表*：公費藥物申請案件總表

B表*：衛生福利部疾病管制署公費藥物申請單

附件 2 之 A 表

衛生福利部疾病管制署

公費藥物申請案件總表

編號	個案姓名	申請醫院	收件住址	收件人	收件人電話	備註
1						
2						
3						

慢性組承辦人：

聯絡電話：

傳真日期：

寄送日期（胸腔病院寫）：

附件 2 之 B 表

衛生福利部疾病管制署
漢生病公費藥物申請單

申請醫院： 申請醫師簽章： 醫院聯絡人：
 聯絡電話： 傳真： 醫院地址：
 申請日期： 開始使用公費藥日期： (限加入 DOTS 個案)
 個案姓名： 出生年月日： 身分證字號：
 體重： _____ kg (健保有 無)

藥品名稱	單位	單次服用劑量	用法	天數	總量
levofloxacin 500mg/100mg(請圈選)	錠				
moxifloxacin 400mg	錠				

申請公費藥理由：

個案治療效果不佳 復發個案 _____ 抗藥性／副作用

初次申請公費藥 (以 30 天為上限)

再次申請公費藥 (第 _____ 次申請)

情況已穩定，欲申請藥量共 _____ 天 (以 90 天為上限)。

自主檢核是否依照申請方式檢附所需申請文件(請確實勾選並核對)：

初次申請： 詳附醫院病歷摘要(內容須註明 個案用藥史 藥物感受性試驗結果 其他病史 生化檢驗)。

再次申請： 詳述個案服藥情形／治療計畫

慢性組承辦人： 聯絡電話： 傳真：

注意事項：

一. 個案資料、申請公費藥理由，請務必填寫清楚。單次服用劑量、用法、天數、總量請依據參考劑量作初步審核，以減少錯誤及後續作業的延遲。

二. 公費藥物建議劑量及用法：

藥品	每日劑量 (最大劑量)	每日劑量		每月用量	包裝
		(50 公斤以下)	(50 公斤以上)		
levofloxacin (500mg)	7.5-10mg/Kg (500~1000 mg)	500 mg	750 mg	30-45#	100#/盒
moxifloxacin (400mg)	400mg	400 mg	400 mg	30#	5#/盒

漢生病接觸者檢查轉介單

一、接觸者基本資料：

姓名：_____

身分證字號：_____

性別： 男 女

出生日期：____年____月____日

二、指標個案基本資料：

傳染病通報系統電腦編號：

確診日期：____年____月____日

漢生病型態：_____（多菌型 少菌型）

以上由衛生局所個案管理人員填寫

三、接觸者檢查：

1. 檢查方式： 視診 皮膚抹片 皮膚切片

2. 檢查結果：

正常

異常：疑似漢生病 漢生病（是否通報：已通報 未通報）

3. 檢查結果建議：_____

醫院名稱：_____ 醫師簽章：_____ 檢查日期：____年____月____日

轉介單位：_____縣(市)_____衛生所

聯絡人：_____

聯絡電話：_____

填寫日期：____年____月____日

備註- 第一聯：醫療院所黏貼於個案病歷上，第二聯：交回衛生所(醫療院所逕寄或由個案交回)

漢生病個案就醫治療轉診單

一、個案基本資料：

姓名： _____ 年齡： _____ 性別： _____ 身分/居留證號： _____

二、病人臨床資料：

(一) 確診日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 開始治療日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

(二) 漢生病型態： _____ (多菌型 少菌型)

(三) 目前臨床症狀：

(四) 初次及最近三次檢體送驗結果：

日期	檢查方式 (皮膚抹片或切片)	結果

(五) 目前治療情形：

1. 個案是否規則回診： 是 否

2. 最後一次治療：

日期：

治療藥物(名稱/劑量/用法/使用天數)：

(六) 治療計畫：

(七) 其他補充意見：

治療醫院： _____ 醫師簽章： _____ 填寫日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

轉介單位： _____ 縣(市) 衛生所，聯絡人： _____ 聯絡電話： _____

漢生病個案管理單 - 第 ____ 頁

姓名：_____ 身分證字號：_____

疾病分型：多菌型 少菌型 開始治療日期：____年__月__日

治療用藥：每天一次 dapsone ____mg 每天一次 clofazimine ____mg

每月一次 rifampicin ____mg 每月一次 clofazimine ____mg

其他_____

一、 定期訪視 (治療中)：

訪視日期	訪視方式		訪視未遇	規則服藥		副作用		病灶			評估神經受損所造成的損傷或失能		辦理衛教		治療醫院	備註
	面訪	電訪		是	否	有	無	改善	不變	惡化	級數 (0-6 級)	部位說明	有	無		

衛生所調查人：_____ 聯絡電話：_____ 調查日期：____年__月__日

衛生局核章：_____ 聯絡電話：_____

※本頁如不敷使用，請影印加頁，並於頁首註明頁數

二、 銷案：

	完治	死亡	移民/出境
日期 (年/月/日)			

衛生所調查人：_____ 聯絡電話：_____ 調查日期：____年__月__日

衛生局核章：_____ 聯絡電話：_____

* 本頁如不敷使用，請影印加頁，並於頁首註明頁數

漢生病人服藥紀錄(DOTS 日誌)

衛生局						都治單位					
病患姓名				年齡		性別		身分證字號			
住址											
住家電話						行動電話					

服藥紀錄： 菌型：多菌 少菌

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	關懷員簽名	個案管理人員簽名						

填表符號說明：

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X表示

漢生病個案管理遷出通知單

遷出單位 _____ 縣(市) _____ 衛生所

身分證字號	姓名	遷入地新址(電話)	遷出日期
		戶籍地址(電話)	

茲有上列個案於 年 月 日遷至 貴轄區管理(附個案管理相關資料影本 1 份)，請惠予追蹤並回復收案情形(年 月 日前)，此致

_____ 縣(市) _____ 衛生所 個案管理人員：_____ (職章)

聯絡電話：_____ 傳真：_____ 年 月 日

漢生病個案管理遷出回復單

處理情形： 遷入

_____ 縣(市) _____ 衛生所遷出

身分證字號	姓名	是否收案	未收案/未代管理原因

_____ 縣(市) _____ 衛生所 個案管理者：_____ (職章)

聯絡電話：_____ 傳真：_____ 年 月 日

※ 遷入單位收到本通知單後，請於 7 個工作日內處理完畢，傳真回復遷出衛生所，並於系統中更新管理單位。

※ 收到遷出通知單回聯後，如經查詢該案管理單位尚未更新，可傳真遷出通知單回聯請遷入單位疾病管制署該區管制中心更新管理單位。

傳真號碼：	臺北區管制中心 02-25507416	北區管制中心 03-3982913
	中區管制中心 04-24753683	南區管制中心 06-2906714
	高屏區管制中心 07-5571472	東區管制中心 03-8224732

○○○衛生局 函 (範本)

地址：○○○○○○○○○○

承辦人：○○○○○○

電話：○○○○○○

傳真：○○○○○○

電子信箱：○○○○○○

受文者：○○○

發文日期：中華民國○○年○○月○○日

發文字號：

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關臺端聘僱之○○籍移工○○○（護照號碼：○○○○○○○），於○年○月○日辦理定期健康檢查，漢生病檢查不合格（或須進一步檢查），請至漢生病檢查之指定機構進行複檢，並請於收受複檢診斷證明書之次日起 15 日內，送交複檢診斷證明書正本及聘僱許可函影本至本局備查，請查照。

說明：

- 一、 依據「受聘僱外國人健康檢查管理辦法(下稱本辦法)」第 8 條第 2 項規定及○○醫院○○年○○月○○日所送旨揭移工定期健康檢查結果清單辦理。
- 二、 雇主應於收受複檢診斷證明書之次日起 15 日內，檢具聘僱許可函及複檢診斷證明書，送交直轄市、縣(市)衛生主管機關(以下簡稱衛生局)備查。若雇主送件至衛生局備查時，已逾越收受旨揭文件之法定期限者，將視為逾期備查，依就業服務法第 57 條及第 67 條規定，移送直轄市、縣(市)政府裁處罰鍰。另，移工健檢有不合項目者，若未辦理複檢並送衛生局備查者，將因健康檢查不合格，依就業服務法第 73 條規定，移送勞動部廢止其聘僱許可。
- 三、 本辦法第 9 條規定略以，移工健檢確診為漢生病者，雇主得於收受診斷證明書之次日起 15 日內，檢具「診斷證明書」、「雇主協助受聘僱外國人接受治療意願書」及「受聘僱外國人接受衛生單位安排都治服務同意書」，送衛生局申請都治服務；完成前項都治服務藥物治療，且經衛生局認定完成治療者，視為移工健檢合格。
- 四、 為維護移工在臺工作或雇主持續聘僱該名移工之權益，檢附認識漢生病的問與答衛教宣導資料 1 份，敬請詳閱相關資訊。

正本：○○○君

抄本：本局疾病管制科

備註：本函文格式供參考，各縣市政府衛生局請依實務需要修正。

○○○衛生局 函 (範本)

地址：○○○○○○○○○○
承辦人：○○○○○○
電話：○○○○○○
傳真：○○○○○○
電子信箱：○○○○○○

受文者：勞動部

發文日期：中華民國○○年○○月○○日

發文字號：

速別：

密等及解密條件或保密期限：密（本件至○○年○○月○○日解密）

附件：個案通報資料 1 份

主旨：有關雇主○○○君聘僱之○○籍外籍移工●●●(護照號：○○○○○○○，
居留證號：○○○○○○○)，其健康檢查經確認為漢生病且未申請都治服
務，請大部依法廢止其聘僱許可，請查照。

說明：

- 五、依「就業服務法」第 73 條第 4 款及第 74 條第 1 項規定，雇主聘僱之外國人罹患經中央衛生主管機關指定之傳染病且未申請都治服務，廢止其聘僱許可。經廢止聘僱許可之外國人，應即令其出國，不得再於中華民國境內工作。
- 六、查該外籍移工於○○○年○○月○○日經○○醫院檢查結果確診為漢生病，該院予以抗漢生病用藥治療。
- 七、依內政部「禁止外國人入國作業規定」，漢病患者管制入境至痊癒之日。旨揭移工返回母國後，仍需繼續治療至痊癒，取得母國衛生當局核發之「漢生病個案管理及完治證明」或醫院核發之病歷摘要(含藥品名稱、治療期程及皮膚抹片菌檢結果)，並經我國駐外館處驗證，送交內政部移民署，始得解除入境管制。
- 八、檢附●●●君於○○醫院確診結果資料影本 1 份。

正本：勞動部

副本：○○○君、內政部移民署○○○服務站、衛生福利部疾病管制署

備註：本函文格式供參考，各縣市政府衛生局請依實務需要修正。

Taiwan International Hansen's Disease Referral Form

TO: Health Officer, Physician, or Hansen's disease Control Personnel of _____ (Country):
 The individual named below is a Hansen's disease patient and started on treatment in Taiwan.
 Please make sure that the patient completes a full course of treatment. Thank you very much for
 your cooperation.

1. Patient's basic information:

(1) Name	First Name: _____ Last Name: _____
(2) Sex/ Date of birth	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female / _____ / ____ / ____ (year/month/day)
(3) Passport No.	_____
(4) Flight arrival info.	Date: _____ / ____ / ____ Flight No.: _____
(5) Address	_____
(6) Telephone	_____
(7) Contact person	First Name: _____ Last Name: _____ The relationship to the patient: _____ Telephone: _____

2. Patient's clinical information:

(1) Diagnosis date	_____ / ____ / ____ (year/month/day)																						
(2) Classification of disease	<input type="checkbox"/> Paucibacillary type <input type="checkbox"/> Multibacillary type																						
(3) Site(s) of disease	_____																						
(4) Initial and recent test results	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 33%;">Date</th> <th style="width: 33%;">Test</th> <th style="width: 33%;">Result</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>(ex: skin smears 、 skin biopsy)</p>		Date	Test	Result	_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____		
Date	Test	Result																					
_____ / ____ / ____																							
_____ / ____ / ____																							
_____ / ____ / ____																							
_____ / ____ / ____																							
_____ / ____ / ____																							
_____ / ____ / ____																							

(5) Current medications	Start Date	Drug	Dose	Frequency	Duration
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
(6) Treatment plan	Planned Stop Date	Drug	Dose	Frequency	Duration
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
(7) Any other comments					

3. Contact information:

If you have any further questions, please contact the following person who is in charge of the international referral affairs in Centers for Disease Control, Taiwan.

(1) Name	<input type="checkbox"/> Dr./ <input type="checkbox"/> Mr./ <input type="checkbox"/> Ms.
(2) Address	
(3) Telephone	
(4) Fax	
(5) E-mail	

Taiwan International Hansen's Disease Referral Form

(臺灣漢生病個案國際轉介單)

TO: Health Officer, Physician, or **Hansen's disease** Control Personnel of _____ (Country):
 (致 _____ (對方國家名)的健康照護者、醫師或漢生病防治人員):

The individual named below is a **Hansen's disease** patient and started on treatment in Taiwan. Please make sure that the patient completes a full course of treatment. Thank you very much for your cooperation.
 (下列人士為一名漢生病個案，並已開始在臺灣進行治療，煩請確使其能完成治療，非常感謝您的配合。)

1. Patient's basic information: (病人基本資料)

(1) Name (姓名)	First Name:(名) _____ Last Name:(姓) _____
(2) Sex (性別) / Date of birth (生日)	<input type="checkbox"/> Male(男) <input type="checkbox"/> Female(女) _____/____/____ (year/month/day) (出生年/月/日)
(3) Passport No. (護照號碼)	_____
(4) Flight arrival info. (班機抵達資訊)	Date:(抵達日期)____/____/____ Flight No.:(班機代號)_____
(5) Address (地址)	(請填病人移居對方國後新地址)
(6) Telephone (電話)	(請填病人移居對方國後新聯絡電話)
(7) Contact person (病人之聯絡人)	First Name:(名) _____ Last Name:(姓) _____ The relationship to the patient:(與病人之關係) _____ Telephone:(電話) _____

2. Patient's clinical information: (病人臨床情形)

(1) Diagnosis date (診斷日期)	____/____/____ (year/month/day) (年/月/日)		
(2) Classification of disease (疾病分類)	<input type="checkbox"/> Paucibacillary type <input type="checkbox"/> Multibacillary type		
(3) Site(s) of disease (病灶部位)	_____		
(4) Initial and recent test results (初次及近期檢查結果)	Date (日期)	Test (檢查方式)	Result (結果)
	____/____/____	_____	_____
	____/____/____	_____	_____
	____/____/____	_____	_____
	____/____/____	_____	_____
	____/____/____	_____	_____
(ex: skin smears、skin biopsy) (方式例如：皮膚抹片、皮膚切片)			

(5) Current medications (目前治療情形)	Start Date (開始治療日期)	Drug (藥物名)	Dose (劑量)	Frequency (使用頻率)	Duration (使用天數)
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
(6) Treatment plan (治療計畫)	Planned Stop Date (預計停藥日期)	Drug (藥物名)	Dose (劑量)	Frequency (使用頻率)	Duration (使用天數)
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
(7) Any other comments (其他補充意見)					

3. Contact information: (聯絡資料：此部分衛生局無須填寫)

If you have any further questions, please contact the following person who is in charge of the international referral affairs in Centers for Disease Control, Taiwan.

(若您有任何進一步的疑問，請聯繫下列臺灣疾病管制署負責本業務的人員。)

(1) Name (姓名)	<input type="checkbox"/> Dr.(醫師)/ <input type="checkbox"/> Mr. (先生)/ <input type="checkbox"/> Ms.(小姐)
(2) Address (地址)	
(3) Telephone (電話)	
(4) Fax (傳真)	
(5) E-mail (電子信箱)	

抗漢生病專案進口藥品病患同意書

(範本)

病歷號碼：_____

姓名：_____ 生日：_____ 年齡：_____ 性別：_____

一、 本人同意接受以下藥品作為漢生病治療

diaminodiphenylsulfone (商品名 Dapsone®)

rifampicin (商品名 Rimactane®)

clofazimine (商品名 Lamprene®)

二、 上述藥品為世界衛生組織建議之標準用藥，目前尚未取得國內衛生福利部之核准上市證明。若本人因為服用此藥品而引起損害，將無法獲得藥害救濟賠償，本人願自行負責。

三、 醫師已向我說明藥物可能的副作用、相關注意事項及預期療效；我瞭解這項治療係醫師認為目前對於我的疾病最好的治療藥物，且漢生病為法定傳染病，若未治療則有傳播他人之風險，醫師將只在對我有益的情況下才繼續使用此藥治療。

此致

(醫院名稱)

立同意書人(簽章)：

身分證字號：

住 址：

電 話：

醫 師：