

結核病診療諮詢小組病例討論建議暨診療醫師回復單

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，並填寫貴院之回復意見，傳真至_____縣（市）衛生局

（FAX：0____--_____）

| 送討論原因/補充說明 | 討論結果 |
|---|--|
| <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.申請公費藥 <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.不同意公費藥申請 <input type="checkbox"/> 11.同意公費藥申請 <input type="checkbox"/> 12.同意強制隔離 <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.建議轉介TMTTC團隊評估 <input type="checkbox"/> 20.其他_____ |

委員討論意見：

諮詢委員簽名：_____

聯絡人：_____ 電話：_____

原診療醫師回復意見：

同意上開諮詢委員意見，並據以診治病人。

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：_____