

同基因型 MDR-TB 個案親緣性分析申請表 (MDR-TB-M00XXX-XX)

一、填報日期：____年____月____日 二、管理單位：_____

三、個案簡表(除最近註記個案排第一位外，其餘個案由遠至近填寫)¹

編號		1(最近註記)	2	3	4				
姓名									
身分證號									
通報醫院/日期									
MDR 註記日期									
MDR 病人分類									
管理單位									
居住地									
戶籍地									
活動地									
藥敏報告 ²		S：敏感；R：抗藥；NA：未驗或無藥敏結果(抗藥請用紅字 R 標示)							
		結果	分子/傳統	結果	分子/傳統	結果	分子/傳統	結果	分子/傳統
一 線 藥	INH								
	RMP								
	EMB								
	SM								
	PZA								
二 線 藥	RBT								
	LEVO								
	MOXI								
	AMK/ KM/CM								
	CS								
	ETO/PTO								
	PAS								
	CFZ								
	BDQ								
LZD									
流病關聯性初判 (請簡述)									
簽	衛生局								
核	承辦人 主管								
框	區管中心複審： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 啟動同基因型親緣性分析								
	承辦人 主管								

填表說明：

- 病人須為新病人、不是「unique」且不是同住接觸者發病、回溯近 3 年與個案同基因型的其他個案之通訊地、活動地及戶籍地址確認為「同縣市」，或「不同縣市，但具有流行病學相關性」。最新的 MDR-TB 個案排第一位外，其餘個案依個案 MDR-TB 註記日期由遠至近填寫。
- 藥敏報告不需要判斷是否細菌學相關