抗藥性結核病醫療照護體系病人異常情形通報單

<table>
<tr><td colspan="2">收案醫院(團隊)：</td></tr>
<tr><td>病人姓名：</td><td>病人 ID：</td></tr>
<tr><td colspan="2">異常情形通報：(請以文字敘述)

主治醫師：____________________ 團隊負責人：__________________</td></tr>
</table>

中　華　民　國　　　　　年　　　　　月　　　　　日

備註：病人如有不合作、拒絕 DOTS-Plus 等情形，請收治醫院填妥本單，通知衛生局，並副知轄區疾管署管制中心。

回　　　條

本局已接獲抗藥性醫療照護團隊通知病人____________________異常情形通報單。

__________________ 衛生局　　承辦人：________________________

中　華　民　國　　　　　年　　　　　月　　　　　日