

結核病簡易篩檢問卷評估表

評估日期		評估單位		評估者	
姓名		生日		入所日期	
身分證號		居留證號		護照號碼	
問卷篩檢內容					
疑似結核病症狀篩檢	咳嗽超過兩週		<input type="checkbox"/> 是，2分	<input type="checkbox"/> 否，0分	
	有痰		<input type="checkbox"/> 是，2分	<input type="checkbox"/> 否，0分	
	過去三個月有體重減輕情況		<input type="checkbox"/> 是，1分	<input type="checkbox"/> 否，0分	
	最近食慾不振		<input type="checkbox"/> 是，1分	<input type="checkbox"/> 否，0分	
	胸痛或肋間痛		<input type="checkbox"/> 是，1分	<input type="checkbox"/> 否，0分	
	得分小計			分	
健康體位評估	身高：	公尺	體重：	公斤	
	BMI (身體質量指數)：		計算公式：體重 (公斤) ÷ 身高 ² (公尺 ²)		
結核病用藥史	最近五年內是否曾服用過抗結核病 (肺癆) 藥物 <input type="checkbox"/> 是，開始服藥年：_____ 服用多久：_____ (月) <input type="checkbox"/> 否				
評估異常結果		建議處置			
<input type="checkbox"/> 症狀篩檢得分≥5分 <input type="checkbox"/> BMI 值 < 20 <input type="checkbox"/> 近五年有結核病用藥史		符合左列任一異常結果，應進行下列處置： <ol style="list-style-type: none"> 立即提供外科口罩予收容人配戴 <input type="checkbox"/>已完成 <input type="checkbox"/>未完成 與其他收容人隔離住所 <input type="checkbox"/>已完成 <input type="checkbox"/>未完成 盡速安排胸部 X 光檢查或驗痰 <input type="checkbox"/>已完成 <input type="checkbox"/>未完成 			

備註：本表係依世界衛生組織 (WHO) 建議於矯正機構或收容所等醫療資源缺乏之單位，得依此內容進行結核病之簡易篩檢。