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
□1.診斷疑義 □2.治療疑義 □3.個案完治疑義 □4.重開案 □5.申請公費藥 □6.隔離治療 □7.其他原因說明: _____	□1.排除結核病 □2.確定結核病 □3.等痰報告或其他檢查下次再審 □4.確定因TB死亡 □5.確定非因TB死亡 □6.MDR初次治療 □7.失敗再治 □8.繼續治療 □9.認定病情需延長住院 □10.不同意公費藥申請 □11.同意公費藥申請 □12.同意強制隔離 □13.解除隔離治療 □14.用藥種類增修 □15.用藥劑量增修 □16.可停止抗結核治療 □17.同意開案□18.不同意開案□19.建議轉介TMTC團隊評估 □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：_____