

「抗藥性結核病醫療照護體系」轉介暨評估單

由衛生局 / 所填寫

填報單位		個案姓名	
轉入醫院		個案身分證字號	
轉出醫院		個案聯絡電話	
個案地址			
收案類別	<input type="checkbox"/> 第一類： <input type="checkbox"/> MDR-TB、 <input type="checkbox"/> RR-TB 且 FLQ 抗藥 <input type="checkbox"/> 第二類： <input type="checkbox"/> RR-TB <input type="checkbox"/> 第三類： <input type="checkbox"/> 使用 KM、 <input type="checkbox"/> 使用 AM <input type="checkbox"/> 第四類：INH 抗藥及任一線抗藥(RMP 除外)且併同使用 FLQ、 <input type="checkbox"/> 任三抗 <input type="checkbox"/> 第五類：病例討論核定之結核病困難個案 第六類：MDR-TB 個案接觸者潛伏結核感染治療(請填「TB 接觸者就醫轉介單」)		
檢驗結果	抹片： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 培養： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 已驗未出 抗藥檢驗方式： <input type="checkbox"/> 分子檢測 <input type="checkbox"/> 傳統藥敏 抗藥結果： <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> 其他_____		
報告實驗室		檢驗報告日期	
個案簽名		衛生局(所)承辦人簽章	
說明	建議轉入「抗藥性結核病醫療照護體系」接受治療。		

通知團隊醫院日期： 年 月 日

團隊醫院填寫下聯，於收到後 1 個月內以傳真回復衛生局及轄區疾管署區管中心。

由團隊醫院填寫

收件日期		回復日期	
評估結果	<input type="checkbox"/> 收案 <input type="checkbox"/> 無法收案 理由： 評估人：_____ 團隊主持人：_____		
(此欄由地方衛生局收到後填寫)			
通知書發放日期： 年 月 日			
承辦人員核章：		承辦科(課)長核章：	
		主管機關首長核章：	