

同基因型 MDR-TB-M00XXX-XX 感染源調查報告

衛生局啟動調查事件日期：____年____月____日
 自____年____月____日至____年____月____日累計通報個案數：____人

個案調查（人、時、地）(除最近註記個案排第一位外，其餘個案由遠至近填寫)

編號		M1(最新一案)	M2	M3	M4	M5
通報資料	姓名					
	身分證號					
	通報醫院					
	通報日					
	MDR 註記日期					
	MDR 病人分類					
	管理單位					
	藥敏結果					
	年齡					
	性別					
基本資料	職業					
	宗教					
	家庭成員					

編號		M1(最新一案)	M2	M3	M4	M5
活動地點	(如戶籍地、居住地、就學地、工作地、休閒活動地等)					
	旅遊史					
平常就醫習慣(含共病就醫)						
傳染力評估	通報原因/方式	<input type="checkbox"/> 因症就醫 <input type="checkbox"/> 接檢/例行 CXR	<input type="checkbox"/> 因症就醫 <input type="checkbox"/> 接檢/例行 CXR	<input type="checkbox"/> 因症就醫 <input type="checkbox"/> 接檢/例行 CXR	<input type="checkbox"/> 因症就醫 <input type="checkbox"/> 接檢/例行 CXR	<input type="checkbox"/> 因症就醫 <input type="checkbox"/> 接檢/例行 CXR
	確診日	年__月__日	年__月__日	年__月__日	年__月__日	年__月__日
	症狀開始日	年__月__日	年__月__日	年__月__日	年__月__日	年__月__日
	初次痰抹片日期/結果	年__月__日/ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	年__月__日/ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	年__月__日/ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	年__月__日/ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	年__月__日/ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
	MTB 鑑定日期	年__月__日	年__月__日	年__月__日	年__月__日	年__月__日
陰轉日期	年__月__日	年__月__日	年__月__日	年__月__日	年__月__日	

編號	M1(最新一案)	M2	M3	M4	M5
通報時 CXR 日期/結果	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無	____年__月__日 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，無關結核 <input type="checkbox"/> 異常，且有空洞 <input type="checkbox"/> 異常，但無空洞 <input type="checkbox"/> 無
可傳染期	____年__月__日 至 ____年__月__日	____年__月__日 至 ____年__月__日	____年__月__日 至 ____年__月__日	____年__月__日 至 ____年__月__日	____年__月__日 至 ____年__月__日
接觸者檢查	名單後附	名單後附	名單後附	名單後附	名單後附
個案可能感染源描述					
備註					

MDRTB-M00XXX-XX 新案感染源調查結果總評

一、衛生局(所)感染源追蹤報告

(一) 同基因型別間流病調查

(二) 可能感染源之族群或地點

(三) 預定公衛介入措施

(四) 填表人/主辦人/單位主管

填表日期：

(五) 衛生局主辦人/科長/局長

填表日期：

二、疾管署區管中心審查結果及建議事項

流病相關性判定

是，疑似為結核病聚集事件，聚集場所為：_____。

是，疑似尋獲感染源，感染源為：_____。

無法判定，無直接證據判定流病相關性，尚需收集新事證。

主辦人/防疫醫師/科長/副主任/主任

填表日期：