

計畫編號：MOHW109-CDC-C-315-114115

衛生福利部疾病管制署 109 年署內科技研究計畫

計畫名稱：醫療與照護機構感染管制資訊加值應用研究

年度研究報告

執行機構：疾病管制署感染管制及生物安全組

計畫主持人：簡麗蓉

協同主持人：蘇秋霞

研究人員：鄔豪欣、張淑玲、徐士敏、許瑋庭、吳念樺、周士
軒、廖啟軒、吳翊均、施玉燕

執行期間：109 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日

目錄

| | |
|---|----|
| 摘要..... | 1 |
| Abstract | 2 |
| 一、前言..... | 3 |
| 二、材料與方法..... | 5 |
| (一)強化醫療照護相關感染監測資料分析回饋機制..... | 5 |
| (二)建立醫療照護相關血流感染資料確效評估先驅試辦作業流程.. | 5 |
| (三)辦理醫院醫療照護相關感染監測定義教育訓練及製作相關訓練 教材..... | 6 |
| (四)確保倉儲系統(BO)、傳染病統計資料查詢系統(NIDSS)與防疫資 訊交換中心等系統有關醫療照護相關感染監測功能維持正常運 作，並參考使用者建議及依據業務需求，進行系統功能調整.. | 6 |
| (五)醫院感染管制查核系統..... | 7 |
| (六)長期照護機構感染管制查核資訊系統..... | 7 |
| 三、結果..... | 7 |
| (一)強化醫療照護相關感染監測資料分析回饋機制..... | 7 |
| (二)建立醫療照護相關血流感染資料確效評估先驅試辦作業流程 | 13 |

| | |
|---|----|
| (三)辦理醫院醫療照護相關感染監測定義教育訓練及製作相關訓練教材..... | 20 |
| (四)確保倉儲系統(BO)、傳染病統計資料查詢系統(NIDSS)與防疫資訊交換中心等系統有關醫療照護相關感染監測功能維持正常運作，並參考使用者建議及依據業務需求，進行系統功能調整 | 21 |
| (五)醫院感染管制查核系統..... | 22 |
| (六)長期照護機構感染管制查核資訊系統..... | 25 |
| 四、討論..... | 28 |
| 五、結論與建議..... | 33 |
| 六、重要研究成果極具體建議..... | 35 |
| 七、參考文獻..... | 36 |
| 八、圖..... | 38 |
| 附件 1、NHSN 通報及分析畫面 | |
| 附件 2、JANIS 系統手術部位感染(SSI)部門回饋分析報表 | |
| 附件 3、JANIS 系統集中治療室(ICU)部門回饋分析報表 | |
| 附件 4、英格蘭公共衛生部門(PHE) 回饋資料 | |
| 附件 5、彙整我國目前不同公共衛生部門與感染管制相關指標 | |

- 附件 6、國內外監測/指標系統涉及醫療照護相關感染的指標
- 附件 7、「醫療照護相關感染資料確效評估」工作小組名單
- 附件 8、醫療照護相關感染資料確效專案小組會議會議紀錄
- 附件 9、外部驗證指引及工具包
- 附件 10、血流細菌培養陽性報告檔、中心導管相關血流感染收案確效實地查核表及外部確效調查表
- 附件 11、THAS 系統實機操作教育訓練課程表
- 附件 12、THAS 系統教育訓練教材
- 附件 13、「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」使用者問卷調查表
- 附件 14、「長期照護機構感染管制查核資訊系統」意見回饋調查表

摘要

醫療照護相關感染是反映醫療品質及病人安全的一個重要指標，近年來更成為全球公共衛生的重要議題，因此醫療照護相關感染發生監測、評估與回饋是感染管制策略的核心工作項目。疾病管制署推動為期 4 年之計畫，主要目標係為強化醫療照護相關感染監測分析結果回饋機制，提升監測效能，達到減少醫療照護相關感染發生，改善感染管制品質的目的。本計畫第 1 年進行收集歐美等國有關醫療照護相關感染監測系統資料分析回饋機制，彙整我國醫療品質指標系統之醫療照護相關感染指標之資料回饋機制等資訊；成立「醫療照護相關感染資料確效評估」專家工作小組，執行醫療照護相關血流感染監測資料確效評估作業先驅試辦研究；持續辦理監測定義等教育訓練，提升感染管制人員對醫療照護相關感染監測定義的認知。另持續提升醫院感染管制查核系統與長照機構感染管制查核系統功能及推廣應用，參考使用者建議及依據業務需求，辦理系統功能調整，提升執行成效。

關鍵詞：醫療照護相關感染監測、資料確效評估、台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

Abstract

Healthcare-associated infections (HAIs) is an important indicator of medical quality and patient safety. In recent years, it has become an important issue of global public health. The monitoring, evaluation and feedback of HAIs are the core objectives of infection control strategies. To strengthen the feedback mechanism of analysis results for HAIs surveillance and improve monitoring efficiency, Taiwan CDC conducted this four-year project. In the first year of this project, we review the feedback mechanism of HAIs analysis results in other countries, as well as to compare the definitions and notification mechanisms of HAI-related indicators requested by different public health departments in our country. We also established an expert group to carry out pilot studies on the effectiveness of healthcare-associated bloodstream infection data. In addition, we continued to conduct education and training on monitoring definitions to improving perception of HAI definition in infection control personnel. Moreover, we continuous improving and promoting infection control inspection systems for hospitals and long-term care facilities (LTCF), refer to user suggestions and adjust system functions according to business needs, and improve implementation effectiveness.

keywords : Healthcare-associated infection surveillance, Data validation, Taiwan Healthcare-associated infection and Antimicrobial resistance Surveillance System (THAS System)

一、前言

醫療照護相關感染是反映醫療品質及病人安全的一個重要指標，近年來更成為全球公共衛生的重要議題。因此，世界衛生組織(World Health Organization, WHO)在 2015 年成立一個全球感染預防與管制單位 (Infection prevention and control global unit)，隸屬於 WHO 為提升全球醫療照護體系的品質、效能與安全所成立的 Service delivery and safety department (SDS)部門下，該單位 2015-2017 年的工作重點包括：手部衛生、預防手術部位感染(surgical site infection, SSI)/敗血症(sepsis)及中心導管相關血流感染(central line- associated bloodstream infection, CLABSI) /導尿管相關泌尿道感染 (catheter-associated urinary tract infections, CAUTI)、微生物製劑抗藥性防治措施、注射安全、評估醫療照護相關感染負擔、伊波拉因應與復原，以及建立國家感染管制量能等[1]。

不論是 WHO 推動醫護人員手部衛生所呼籲的多面向策略，或是美國推動包括預防中心導管相關血流感染、預防導尿管相關泌尿道感染、或預防手術部位感染等組合式照護措施計畫中所採取的 4E 策略，都明確將監測回饋與評估納入策略要項[2,3]；WHO 於 2008 年 6 月召開專家會議，提出國家與醫療機構之感染管制策略 8 大核心工作項目，其中 2 項就是「醫療照護相關感染發生情形與感管措施遵從性監測機

制」及「常規監控評估感染管制的執行情形與成效」[4]；美國衛生和公眾服務部(United States Department of Health and Human Services, HHS)在 2010 年召開國家型醫療照護相關感染行動計畫「Progress Toward Eliminating Healthcare-Associated Infections」的執行進度與檢討會議中，與會的 170 餘位專家針對消除醫療照護相關感染所提出的因應策略，可大致歸結為 10 項重點，其中 2 項與監測回饋相關，分別為：更有效率地應用資訊科技以加強及時回饋監測資料，達到即時改善的目的；以及持續改善監測定義使通報資料可被確認並持續應用於院際比較，達到資訊公開的目的[5]。

目前有包括美國、日本、英國等國家，將醫療照護相關感染納入強制通報或保險給付相關指標，或使用醫院通報資料進行院際間的感染密度比較。然而依據研究調查結果顯示，醫院的收案一致性及通報完整性存在相當程度的差異，因此在將監測資料分析結果應用於前述用途時，最好也能進行資料確效評估作業，掌握醫院的收案正確性與通報完整性，並據以輔導醫院強化通報資料品質。有鑑於此，本計畫主要目的為強化醫療照護相關感染監測分析結果回饋機制，提升監測效能，達到減少醫療照護相關感染發生，改善感染管制品質。綜上，本年度計畫係參考美國 National Healthcare Safety Network (NHSN)的醫療照護相關感染資料確效手冊及美國如紐約州的醫療照護相關感

染通報資料確效作業，辦理醫院醫療照護相關血流感染資料確效評估先驅試辦作業；另參考其他國家有關醫療照護相關感染監測分析結果回饋機制，及我國目前不同公共衛生部門相關指標定義與通報機制之彙整比較，持續檢討改善醫療照護相關感染監測分析結果回饋機制，提升監測資料應用性。並持續提升醫院感染管制查核系統與長照機構感染管制查核系統功能及推廣應用，希冀能妥善運用資訊科技強化監測與評核機制，並持續提升監測資料正確性、完整性、實用性與回饋的時效性，有助於政府衛生部門及醫療與機構及時發現問題或偏差情形，導入適當介入措施，保障病人安全與工作人員健康。

二、材料與方法

(一)強化醫療照護相關感染監測資料分析回饋機制

1. 收集美歐等國有關醫療照護相關感染監測系統之資料分析回饋機制。
2. 彙整我國目前不同公共衛生部門及包括 TQIP/TCPI 等醫療品質指標系統之醫療照護相關感染指標之操作型定義、通報條件、資料回饋機制等資訊。

(二)建立醫療照護相關血流感染資料確效評估先驅試辦作業流程

1. 成立「醫療照護相關感染資料確效評估」專家工作小組。
2. 參考美國 NHSN 公布之 2019 External Validation Guidance

and Toolkit 規劃抽樣策略。

3. 參考美國 NHSN 公布之 CLABSI Medical Record

Abstraction Tool (MRAT)撰擬外部確效調查表等工具。

4. 邀請 5 家醫學中心，參與試辦醫療照護相關感染資料確效

評估作業；並將優先邀請專案小組委員擔任外部評核委員，

於辦理共識會議之後，協助執行確效評估作業。

(三)辦理醫院醫療照護相關感染監測定義教育訓練及製作相關訓

練教材

1. 製作醫院版及衛生單位版之教育訓練教材。

2. 針對醫療機構及衛生單位之 THAS 系統使用者分別辦理實

機操作教育訓練。

(四)確保倉儲系統(BO)、傳染病統計資料查詢系統(NIDSS)與防疫

資訊交換中心等系統有關醫療照護相關感染監測功能維持正

常運作，並參考使用者建議及依據業務需求，進行系統功能

調整

1. 進行 BO 需求訪談，調整手術相關資料表、提供資料表予

NIDSS 加值應用。

2. 進行 NIDSS 專案啟動會議及需求訪談，新增醫療照相關感

染圖表等相關統計資料，並介接至 THAS 系統。

3. 修正防疫資訊交換中心檢核機制。

(五) 醫院感染管制查核系統

1. 確保系統功能維持正常運作。
2. 參考使用者建議及依據業務需求，規劃與辦理系統功能調整。

(六) 長期照護機構感染管制查核資訊系統

1. 依使用對象(受查機構、衛生單位、查核委員)屬性，分場次辦理「長期照護機構感染管制查核資訊系統」使用者教育訓練。
2. 辦理系統使用者滿意度調查，收集使用者建議。
3. 確保系統功能維持正常運作。

三、結果

(一) 強化醫療照護相關感染監測資料分析回饋機制

1. 收集美歐等國有關醫療照護相關感染監測系統之資料分析回饋機制

(1) 美國：

NHSN 針對侵入性導管相關感染與手術部位感染發生情形的制式報表(圖 1)，除了提供醫療機構查詢其通報資料的描述性統計圖表外，另提供標準化感染比(SIR; Standard Infection Ratio)，將影響醫療照護相關

感染之風險因素(如醫療照護機構類別、規模、病房類別等,手術部位感染則另包括病人的年齡、手術時間、執行的術式等)納入分析考量;透過使用 SIR,可讓各機構、團體、州等,與國家參考基準(即基準數據)發生的感染情形進行比較[9],據以掌握自身機構之情形;美國 CDC 並且在例行出版的年報中,已不再提供侵入性導管相關感染平均感染密度或手術部位感染的感染率數據,均改以 SIR 的資料呈現(如附件 1)。

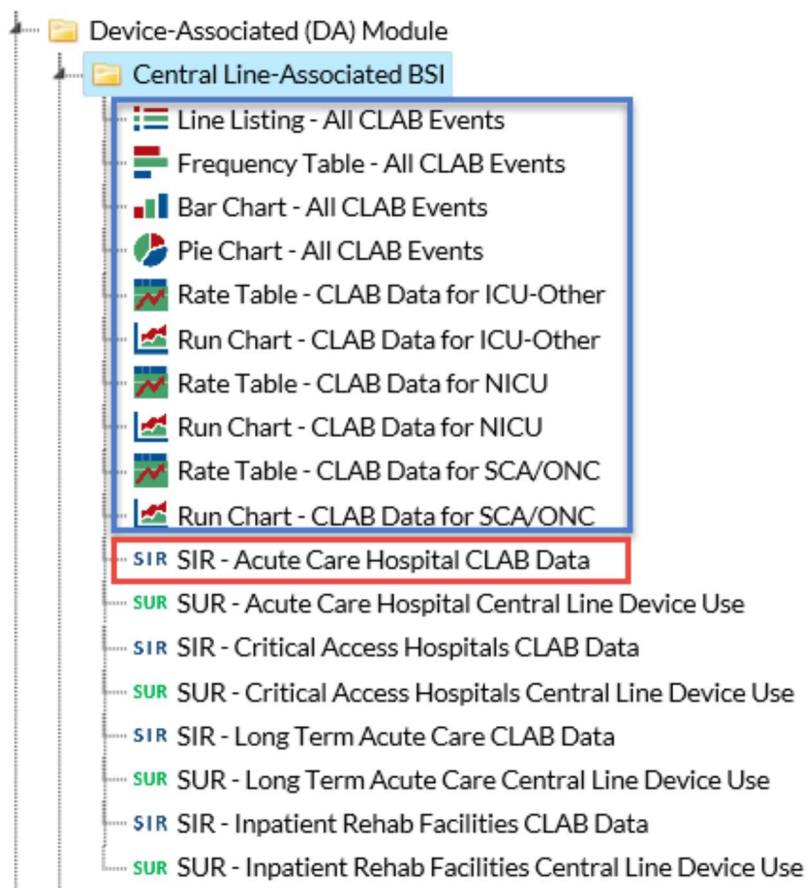


圖 1、美國 NHSN 侵入性導管相關感染制式報表查詢畫面

(2) 日本：

JANIS (Japan Nosocomial Infections Surveillance)系統包括檢查部門、全入院患者部門、手術部位感染(SSI)部門、集中治療室(ICU)部門、新生兒集中治療室(NICU)部門等 5 大類模組，其中以手術部位感染(SSI)部門與集中治療室(ICU)部門是專門針對醫療照護相關感染個案進行監測通報。參與監測通報的醫療機構應依工作手冊指定時程定期提報資料，系統會依據資料提報頻率定期回饋分析報表給通報機構，並將全國與各都縣的分析報表公布於全球資訊網(範例如附件 2~3)，提供各界參考。

(3) 英國：

英格蘭公共衛生部門(PHE, Public Health England)規定醫療機構必須監測通報之醫療照護相關感染項目包括：住院期間發生(hospital onset)的指定病原體血流感染(含 MRSA、MSSA、*E. coli*、*Klebsiella* spp.、*P. aeruginosa*)、*C. difficile* 感染 (CDI)、及指定術式別的手術部位感染(含：髖關節置換 hip replacements、膝關節置換 knee replacements、股骨頸修復 repair of neck of femur、長骨骨折修復 reduction of long bone fracture)。

相關資料除提供醫院給付參考外，PHE 並將全國資料分析結果公布於全球資訊網(範例如附件 4)，提供各界參考。

2. 彙整我國目前不同公共衛生部門及包括 TQIP/TCPI 等醫療品質指標系統之醫療照護相關感染指標之操作型定義、通報條件、資料回饋機制等資訊(彙整指標內容如附件 5)：

(1) 醫院評鑑持續性監測指標品質指標：

衛生福利部依醫療法第 28 條規定辦理醫院評鑑，主要目的在於確保「病人權益」與「醫療服務品質」，以讓民眾受到妥善之醫療照護。新版醫院評鑑制度為協助醫療機構落實評鑑日常化，將書面審查指標建置為持續監測的指標，建立全國性醫療照護品質的資料庫，提供醫院評鑑時之參考。依 109 年 5 月 1 日修訂醫院評鑑持續性監測指標感染管制操作型定義手冊 [10]，與感染管制相關之指標含括「加護病房照護指標 HA02」、「手術照護指標 HA03」、「感染管制 HA07」、「呼吸照護 HA09」等類別。

(2) 台灣臨床成效指標系統 (TCPI; Taiwan clinical performance indicator)：

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會於 1999 年引進美國馬里蘭州醫院協會主導的醫療品質指標計畫(QIP: Quality indicator project)，稱為台灣醫療品質指標計畫(TQIP ; Taiwan quality indicator project)，在國內醫院推行。後續於 2011 年終止美國 QIP 的代理合約，不再繼續推行 TQIP，並運用過去累積的經驗，參考國內外各種指標系統使用情形與發展趨勢，及考量國內之醫療環境與疾病照護模式，建立台灣臨床成效指標系統(TCPI)指標，並開發指標提報、分析、回饋的資訊系統。發展照護相關議題之指標，包含有綜合照護、精神照護與長期照護等 3 類指標[11]，其中與醫院感染管制相關指標分布於綜合照護類別，指標含括醫療裝置使用與感染、術前與術後照護、冠狀動脈繞道手術、大腸直腸手術及子宮切除術等。

(3) 台灣醫療照護品質指標系列(THIS; Taiwan healthcare indicator series)：

衛生福利部委託台灣醫務管理學會，整合台灣醫療學術界與實務界之專家，開發台灣醫療照護品質指標系列，以急性照護指標(門診指標、急診指標、住院指標、

加護指標)為收案基礎，陸續於 2009 年推出病人安全指標、2011 年慢性指標(呼吸照護指標、精神照護指標及長期照護指標)及管理性指標等類別。THIS 指標採月提報，參與醫院可依符合醫院屬性之指標進行提報；學會則提供每月、每季及年報表，可供醫院做為整體評估比較、縱向趨勢分析，進而做為各醫院與同層級之同儕醫院相互比較之參考。現階段 THIS 會員醫院以地區醫院層級最多，區域醫院、地區教學次之，醫學中心最少。

(4) 品質績效量測指標系統與落實品質改善試辦計畫 (P4P; Pay for performance)：

2013 年啟動「品質績效量測指標系統與落實品質改善試辦計畫」，發展開發合適各類醫療院所適用之醫療品質監測系統，鼓勵健康照護品質績效之提升，以落實醫院績效品質持續改善。2017-2018 年進入第三階段計畫，將醫院層級指標設立成套裝式照護指標，提升指標收集之完整性，主要分成「住院照護指標」、「加護病房指標」、「手術照護指標」、「產科照護指標」、「兒科照護指標」及「急診照護指標」等[12]，感染

相關指標分布於各類指標。

(5) 中央健康保險醫療服務指標(VPN)

衛生福利部中央健康保險署持續推動健保醫療品質資訊之公開與透明化，自 2005 年起陸續公開各項醫療品質資訊，二代健保後依全民健康保險法公布之「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，明訂醫療院所應公開之醫療品質資訊，以提供民眾就醫參考，並藉此激勵醫界共同努力提升醫療品質。針對各院之醫療品質資訊，與感染管制相關指標計有「醫院總額品質指標(指標 15.人工膝關節置換手術後 90 日以內置換物深部感染率、指標 16.手術傷口感染率)」及「門診透析品質指標(血液透析—B 肝表面抗原轉陽率、C 肝抗體轉陽率，腹膜透析—B 肝表面抗原轉陽率、C 肝抗體轉陽率、腹膜炎發生率)」[13]、[14]。

3. 前述各項國內外監測/指標系統涉及醫療照護相關感染的指標比較如附件 6。

(二) 建立醫療照護相關血流感染資料確效評估先驅試辦作業流程

成立「醫療照護相關感染資料確效評估」專家工作小組，參考美國 NHSN 公布之 2019 External Validation

Guidance and Toolkit 規劃抽樣策略及 CLABSI Medical Record Abstraction Tool (MRAT)撰擬外部確效調查表等工具，協助建立醫療照護相關感染資料確效評估作業流程、研擬「建立醫療照護相關血流感染資料確效評估作業手冊（草案）」，並安排至試辦醫院進行外部確效實地訪視作業，並初步分析評估結果。執行情形摘述如下：

1. 成立「醫療照護相關感染資料確效評估」專家工作小組
由社團法人台灣醫院感染管制學會邀請 107-108 年新版監測定義教案編寫與教育訓練專案小組的 13 位委員，另新增 2 位感染專科醫師及 3 位感染管制師，共計 18 位委員，成立「醫療照護相關感染資料確效評估」專家工作小組(附件 7)，分別於 109 年 6 月 13 日、9 月 22 日、10 月 30 日及 11 月 18 日召開 4 次專家工作小組會議及分組會議，討論事項摘述如下（會議紀錄如附件 8）：
 - (1) 醫療照護相關感染確效作業之感染類別推行順序及訪視醫院選取方式。
 - (2) 研擬醫療照護相關感染確效文件及醫療照護相關血流感染資料確效評估作業手冊（草案）之主題分配及主責撰寫者分派，另採分組方式進行手冊內容之審查

編修，視需要召開分組會議，進行討論取得共識。

- (3) 各醫院 SIR 數值討論與醫院實地訪視名單訂定。
- (4) 醫院實地訪視作業流程討論。
- (5) 醫療照護相關感染確效實地訪視結果資料分析及後續推展方式討論。

2. 撰擬「醫療照護相關血流感染資料確效評估作業手冊(草案)」

由所有專案小組成員分工合作，共同翻譯美國 NHSN 2019 Toolkit and Guidance for External Validation (附件 9)，共有 5 章，第 1 章為外部確效的概述，第 2 章介紹 NHSN 外部確效的執行建議，內容含括確認或更新 NHSN 外部確效人員的專業知識、選擇醫院的方式、建立機構與國家衛生部門之間安全數據傳輸的機制、開發醫療紀錄取樣架構、選擇醫療紀錄、訪視前請受訪醫院預先備妥相關醫療紀錄等，第 3 章及第 4 章針對 2 種不同的選擇醫院方式，包括方法 1-優先選擇 CLABSI 事件發生可能性較高之醫院 (Facilities and Medical Records Sampling: Prioritizing Facilities with Highest Likelihood of Event Occurrence)及方法 2- CLABSI 實際通報事件術與預期發生事件數差異比較法 (Cumulative Attributable Difference, CAD)，分別介紹如何進行機構和醫療紀錄的

目標抽樣，第 5 章執行實地確效作業時建議備妥攜帶的資料與文件等。

專家小組並參考上述文件，撰擬調查表單，提供執行外部確效作業使用，包括「血流細菌培養陽性報告檔」、

「中心導管相關血流感染收案確效實地查核表」及「外部確效調查表」(附件 10)，說明如下：

- (1) 請醫院協助預先提供指定時間區間內，所有住院病人血液檢體細菌培養陽性的完整資料，由受訪單位填列「血流細菌培養陽性報告檔」，包含：病人姓名、病歷號碼、住院日期、工作號/檢體編號、採檢日期、採檢病房及是否通報等欄位，將資料表中每一筆檢體資料進行編號，以採檢時間列表，非報告時間。
- (2) 外部評核委員於評核現場填列「中心導管相關血流感染收案確效實地查核表」，包含：編號、病歷號、醫院是否已通報、通報部位、感染日期(DOE)、血液培養結果陽性且符合通報標準、採檢日、感染徵象、符合黏膜屏障損傷(MBI)、其他部位檢體是否培養相同菌種、導管種類、導管留置時間是否符合 CLABSI 標準、查檢結果(是否與醫院通報相符)等，評估同一病人同

一事件有無重複計算、有無導管、與醫療照護相關與否、原發或續發感染、是否通報等資料。

(3) 外部評核委員依據評核結果填列「外部確效調查表」，包含：基本資料、分子資料確效、分母資料確效、病房維護資料確效及其他補充事項等。

A. 基本資料：醫院十碼章、醫院名稱、實地訪查日期及資料抽樣期間等。

B. 分子資料確效：就血液培養陽性個案中，分別填列「所有符合條件個案數」及「通報至疾管署之 CLABSI 個案數」；並依抽審病歷統計醫院收案的情形，包括「符合 CLABSI 且有通報」、「符合 CLABSI 但未通報」及「不符合 CLABSI」；外部確效委員判定的結果，包括「符合 CLABSI」及「不符合 CLABSI」。

C. 醫院資料抽樣期間收集導管使用人日數及病房人日數方式是採用人工計算或資訊系統進行資料，以及醫院內部是否曾進行導管使用人日數資料確效作業等。

D. 病房維護資料確效：紀錄醫院於系統設定的病房種

類及病房科別，以及建議設定的病房種類及病房科別等資料。

3. 醫療照護相關血流感染資料確效評估試辦作業

- (1) 於專案小組第 2 次會議，決議由專家工作小組委員任職醫院中(臺大醫院、三軍總醫院、台北榮民總醫院、亞東紀念醫院、林口長庚紀念醫院、中山醫院、臺中榮民總醫院、彰化基督教醫院、奇美醫院、成大醫院、高雄榮民總醫院、高雄醫學大學附設醫院、高雄長庚紀念醫院、義大癌治療醫院、花蓮慈濟醫院等 15 家醫院)，依各院 108 年 SIR 數值由高到低排序，選取其中 SIR 最大與最小之醫院各 2 家，以及 SIR 最接近 1 的醫院 1 家，共計 5 家醫院參與先驅試辦作業。
- (2) 邀請醫療照護相關感染資料確效評估專家工作小組委員擔任「醫療照護相關血流感染資料確效評估試辦作業」外部評核委員，協助至試辦醫院進行實地確效評估作業。另為凝聚對醫療照護相關血流感染資料確效評估作業之共識，於本年 10 月 30 日假臺中榮民總醫院辦理共識會議，參與實地確效之委員共同建立確效評估作業之共識。於 10 月 30 日辦理共識會議，建

立參與實地確效之委員對醫療照護相關血流感染資料確效評估作業之共識，並於 11 月 3 日至 11 月 10 日至 5 家試辦醫院進行實地確效評估作業，訪視日期及委員資料如下：。

| 醫院 | 訪視日期 | 訪視委員 |
|------|-----------|---|
| A 醫院 | 11 月 3 日 | 張瑛瑛感管師、吳宛靜感管師 |
| B 醫院 | 11 月 4 日 | 黃佩萱感管師、賴惠雯感管師 |
| C 醫院 | 11 月 4 日 | 洪靖慈感管師、陳常梅感管師 詹明錦秘書長 |
| D 醫院 | 11 月 5 日 | 黃惠真感管師、田貴蓮感管師 詹明錦秘書長 |
| E 醫院 | 11 月 10 日 | 黃萬翠感管師、鍾婷鶯感管師 李明玲感管師、陳佳聘感管師 林蔚如醫師 |

(3) 每一間醫院建議目標為完成 60 筆病歷資料抽查為原則，含 20 筆 CLABSI 通報個案及 40 筆血液培養陽性但非 CLABSI 通報個案之病歷資料。

(4) 實地訪查確效作業

- A. 請醫院依「血流細菌培養陽性報告檔」格式，預先提供 2019 年 7 至 9 月區間內，所有成人加護病房住院病人血液檢體細菌培養陽性的完整資料。
- B. 至每家醫院執行 HAI 通報資料確效時，查閱 2019 年 7 至 9 月成人加護病房所有抽查個案之相關病

歷、護理紀錄、用藥、檢驗、檢查等相關資料。

C. 5 家醫院血液培養陽性個案中，共有 164 筆經外部確效委員或醫院評定符合 CLABSI 個案如下表。醫院判定符合 CLABSI 共計 142 筆，外部委員判定符合 CLABSI 共計 160 筆，雙方皆判定為符合計 138 筆，一致性為 86.6%；醫院判定符合 CLABSI 的 142 筆中，有 3 筆未通報，通報率達 97.9%，若以委員評定符合的 160 筆計算，則通報率為 85.0%。

| 抽審病歷 | | 外部確效委員判定 | | |
|------|------------|-----------|------------|--------|
| | | 符合 CLABSI | 不符合 CLABSI | 合計 |
| 醫院判定 | 符合 CLABSI | 138(2) | 4(1) | 142(3) |
| | 不符合 CLABSI | 22 | 0 | 22 |
| | 合計 | 160 | 4 | 164 |

備註:括弧內數字表示符合 CLABSI 但醫院未通報之總數

(三)辦理醫院醫療照護相關感染監測定義教育訓練及製作相關訓練教材

鑑於「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理(THAS)系統」(前身為「台灣院內感染監視資訊(TNIS)系統」)甫於 109 年 2 月 4 日正式上線，考量醫院感染管制人力業務繁重，且人員流動率較高，為使使用者熟悉系統操作介面及各項模組功能，規劃於本年 11 月 25 日至 12 月 24 日分區

辦理實機操作教育訓練：

1. 辦理 THAS 系統實機操作教育訓練共 14 場(附件 11)：
 - (1) 製作醫院版及衛生單位版之教育訓練教材(附件 12)。
 - (2) 針對醫院使用者，分別於台北、台中、台南、高雄及花蓮分區辦理實機操作教育訓練共 13 場。
 - (3) 針對衛生單位(包括衛生局及本署各區管制中心)之使用者，於台北辦理 1 場教育訓練。
2. 針對使用者於系統各項功能操作之狀況及常見諮詢內容，製作常見問題及其處理方式，除納入教育訓練教材中，亦置於 THAS 系統之「常見問題」區，提供使用者參考依循。
3. 辦理 THAS 系統之醫院使用者問卷調查：為了解醫院使用者對 THAS 系統各功能使用情形，製作「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」使用者問卷調查(附件 13)，將於教育訓練時請參訓人員進行填答，俟訓練課程全數完成後彙整分析調查結果，提供將來系統推廣及優化之參考。

(四)確保倉儲系統(BO)、傳染病統計資料查詢系統(NIDSS)與防疫資訊交換中心等系統有關醫療照護相關感染監測功能維持正常運作，並參考使用者建議及依據業務需求，進行系統功能調整

1. 由 BO 介接提供「醫療照護相關感染及侵入性導管相關感染監測次級資料表」予 NIDSS 加值應用，另完成調整 BO 之「院內感染個案_手術個案通報資料語意層」，提供 THAS 系統之術式別感染率報表使用。
2. NIDSS 新增醫療照相關感染圖表等相關統計資料，並介接至 THAS 系統。

於 NIDSS 新增侵入性導管相關感染密度趨勢圖、動態地圖、病房比較圖、導管使用率與感染密度雙軸圖，及醫療照護相關感染密度趨勢圖、動態地圖、病房比較圖與部位別感染密度比較圖等圖表(圖 2~圖 9)，以視覺化方式呈現我國醫院醫療照護相關感染之時空分布情形，以利掌握醫療照護相關感染發生趨勢；使用者可透過 THAS 系統之視覺化圖表功能連結(圖 10)，進入頁面查詢下載。

3. 防疫資訊交換中心修正檢核機制。

因應 THAS 系統之部分檢核邏輯異動，為使透過防疫資訊交換中心介接之醫院順利上傳通報相關資料，修正 THAS 系統端之檢核機制與現行 WebAPI 相同。

(五) 醫院感染管制查核系統

1. 本年度首次應用 THAS 系統之無預警查核功能，辦理醫院

因應流感疫情及 COVID-19(武漢肺炎)無預警查核作業，由各地方政府衛生局業務承辦同仁將查核結果輸入上傳至系統，並於系統進行後續之追蹤改善情形登錄及區管中心確認作業。

- (1) 因應季節性流感，於 109 年 1 月責成各地方政府依據「醫院因應流感疫情防疫作為現況查檢表」抽查 217 家醫院，符合率為 94%，查有不符合項目者由地方政府進行追蹤改善並複查至合格。
- (2) 因應 COVID-19 疫情，辦理醫療院所整備無預警查核，優先查核 167 家重點醫院(醫學中心、開設類流感門診醫院及重度急救責任醫院)，並逐步擴及全國醫院，共計完成 484 家實地訪查作業，全部符合率為 86.4%，經地方政府輔導或限期改善後，全數通過複查。
- (3) 因應 COVID-19 疫情，辦理西醫基層診所執行 COVID-19(武漢肺炎)防疫工作實地訪查，訪查對象係由健保署依據申報呼吸道感染與腹瀉件數占率大於 30%之院所及確診、疑似個案之採檢前 7 天於診所就醫申報院所，依據「基層診所因應 COVID-19(武漢肺炎)防疫現況查檢表」進行查核，查核共計 5,122 家，全數符合共計

4965 家診所，符合率 96.9%，有 1 項以上未符合共 157 家，不符合率 3.1%；訪查結果作為西醫基層診所 COVID-19（武漢肺炎）防疫工作獎勵之參考依據。

2. 本年度另使用無預警查核功能，收集「醫療應變重要訊息傳遞網絡評量」、「醫院被服洗滌與管理作業調查」、「入境 14 天呼吸道症狀就醫未通報」等調查結果，摘述如下：

(1) 為因應 COVID-19 疫情，指揮中心以 LINE 群組建立醫院之醫療應變重要訊息傳遞網絡；為評量傳遞機制網絡效率，請衛生局回報衛生局(第 3 階層)轉發訊息的時間、醫院窗口將訊息傳至工作人員(第 5 階層)的時間及醫院群組接受訊息人數比例。

(2) 進行醫院被服洗滌與管理作業調查，瞭解醫院對於被服洗滌委外情形、洗滌流程、洗滌人員個人防護裝備、管理機制、感染管制教育訓練等措施之執行情形。

(3) 由於具有臨床條件之肺炎或呼吸道症狀，且有流行病學條件之發病前 14 日內有國外旅遊史者，係屬符合嚴重特殊傳染性肺炎通報定義之對象，故於系統提供入境 14 天內曾因肺炎或呼吸道症狀疾病就醫但卻未通報採檢之個案清單，請衛生局逐案填報回復所轄醫療

院所未通報之原因及其精進作為。

3. 於 109 年 11 月 1 日辦理醫院感染管制查核團隊共識會議，安排查核系統之查核委員作業區操作說明課程，內容含括個人資料維護、查核醫院排程檢視、查核結果確認/檢視、問卷調查及查核資料下載等。
4. 109 年 12 月 2 日、3 日及 4 日分別於中部、南部及北部辦理 3 場醫院說明會，於會中針對受查核醫院介紹系統操作方式。

(六) 長期照護機構感染管制查核資訊系統

1. 本年度使用「長期照護機構感染管制查核資訊系統」進行長期照護機構之因應流感疫情無預警查核、因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19，武漢肺炎）無預警查核，由各地方政府衛生局業務承辦同仁至機構現場查核，以紙本查核表記載查核結果，返回衛生局後再將結果輸入系統，且後續衛生局登打追蹤改善情形及區管制中心確認均利用系統進行。查核結果摘述如下：

- (1) 因應流感疫情，辦理長期照護矯正機關(構)無預警查核，共計抽查 488 家，查核結果為全部項目「符合」之機構家數計有 441 家，占整體 90.4%，查有「未符合」項

目之機構家數計有 47 家，占 9.6%；其中符合比例最低之項目為「4.對工作人員及服務對象有進行上呼吸道感染、類流感、不明原因發燒等症狀監視。」(93.9%)。

- (2) 進行全國長期照護矯正機關(構)因應嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19, 武漢肺炎) 無預警查核，總計查核 3,653 家，查核結果為全部項目「符合」之機構家數計有 3,447 家，占整體 94.4%，查有「未符合」項目之機構家數計有 206 家，占 5.6%；其中符合比例最低之項目為「2.每日進行工作人員體溫量測且有紀錄備查，及進行上呼吸道感染、類流感等症狀監視，並有異常追蹤及處理機制」(97.4%)。

2. 於 109 年 7 月辦理系統使用者 (衛生局、本署區管制中心) 滿意度調查(附件 14)，整體滿意度達滿意以上比率為 75% (21/28)，其餘 25%的滿意度為「尚可」。

- (1) 若依使用者對系統熟悉度分別檢視其滿意度，自評對系統「熟悉或非常熟悉」與「不太熟悉」者之整體滿意度達滿意以上比率，分別為 81.0% (17/21)與 57.1% (4/7)， $p=0.45$ ；

- (2) 另若依受訪者使用系統情形，分為「曾使用本系統進

行年度例行性查核和/或無預警查核」與「均從未使用過使用本系統進行查核」者之整體滿意度達滿意以上比率，則分別為 82.6% (19/23)與 40% (2/5)， $p=0.15$ ；

(3) 若依功能項目區分，分別排除未曾使用該功能的人員後，95.2%~100%達滿意以上；10 大功能項目中，有勾選不滿意的項目包括「自評表」、「查核表」、「查核委員」、「無預警稽核」，均僅有 1 個縣市勾選為不滿意。

3. 109 年 10 月 16 日辦理衛生局、本署區管制中心及查核委員之系統教育訓練。
4. 109 年 10 月 22 日、23 日、26 日及 27 日辦理北區、中區、南區、視訊場、共 4 場之受查機構系統使用教育訓練。
5. 進行使用者問題處理，本年截至 10 月 30 日止，共有 36 件涉及「資料修正」的維護案件，其中有 21 件為地方政府衛生局無預警資料匯入有誤，須請廠商由後臺修改或刪除，目前已全部修正完成。

四、討論

本署前於 106 年邀集專家參考美國 NHSN 的 2017 與 2018 年版醫療照護相關感染監測定義、相關文獻及國內執行現況，更新我國「醫療照護相關感染監測定義」，自 107 年 1 月起開始正式適用。為提升國內醫療照護相關感染監測通報之一致性，強化醫療照護相關感染監測分析結果回饋機制，提升監測效能，本計畫第 1 年成立「醫療照護相關感染資料確效評估」專家工作小組，參考美國 NHSN 的醫療照護相關感染資料確效手冊，辦理醫院醫療照護相關血流感染資料確效評估先驅試辦作業，並邀集 5 家醫學中心參與試辦；結果發現，若以外部確效委員判定結果為標準，則本年度先驅調查之敏感性達 85%(136/160)，陽性預測值則為 97.8%(136/139)。依據 NHSN 於 2018 年發表的文獻[7]，透過收集、分析同儕檢討文獻、州衛生部門及相關感管人員之相關資料，完成至少 23 州衛生部門 CLABSI 驗證作業，整體敏感性達 82.9%，陽性預測值 94.1%，與本計畫結果相近。另該研究檢討 17 州 CLABSI 分類錯誤的原因，包括(1)錯誤使用 NHSN 定義 misapplication of NHSN definitions (16/17)、(2)遺漏檢視個案 missed case finding(7/17)、(3)以臨床取代監測定義的應用 applying clinical over surveillance definitions (5/17)。其中錯誤使用 NHSN

定義又可細分原因(1)錯誤歸因續發性血液感染 incorrect secondary BSI attribution (11/17)、(2) 錯誤運用 NHSN 的 CLABSI 定義 misapplication of the NHSN CLABSI definition (8/17)、(3)錯誤使用實驗室診斷的血液感染 2 定義 misapplication of the laboratory-confirmed bloodstream infection 2 definition (5/17)、及(4) 錯誤使用 NHSN 通用定義 misapplication of the general NHSN definitions (4/17)。本計畫依委員初步回復的意見，常見錯誤原因則包括超過可歸因感染期(RIT)未再收案、錯誤歸因續發性血液感染、遺漏通報個案、以臨床取代監測定義等。

歐洲疾病預防控制中心(ECDC)於 2011-2012 年進行的點盛行率調查中，邀請 4 個國家參與驗證作業的先驅調查。結果發現，4 個國家的特異性皆可達 99%以上，敏感性則介於 57.4%~94%，且點盛行率較低的國家，其驗證結果敏感性較低，反之，盛行率較高的國家則具有較高的敏感性[8]；顯示國家之間的點盛行率差異，部分是因敏感性不同所致，因此建議應將驗證作業納入點盛行率調查於工作項目中。美國疾病管制中心(CDC; Centers for Disease Control and Prevention)自 2012 年以來陸續公布針對 HAI 之驗證作業指引，期藉由所訂統一標準可確保具比較性的高品質數據，使資料確效的議題更加受到重視。

國內外針對醫療照護相關感染最常採用的回饋指標，是包括中心導管相關血流感染、導尿管相關泌尿道感染及呼吸器相關肺炎等3類侵入性導管相關感染以及手術部位感染的發生情形。我國各類品質指標經常採用的「全院醫療照護相關感染密度」、「住院病人不分術式手術部位感染率」這2項指標，雖然對一般民眾而言比較直觀，但因為這樣的指標缺乏風險校正的觀念，所以在各國的回饋指標中已經不常見。然而要進行風險校正，通常就需要收集比較多的資料，例如手術部位感染通常會考慮到的危險因子就包括病人的年齡、性別、手術時間、術式、傷口汙染程度...等，若資料收集完全仰賴人工，相對就增加人員執行監測通報作業的負擔，因此在資料精確性以及人力負擔之間如何取捨，在各國之間也有不同的處理方式。例如日本的侵入性導管相關感染密度，分母使用的是住院人日數而非導管使用人日數，可以減少資料收集的負擔；但美國則在近年積極推動資料標準化，且不再以原始感染密度/感染率呈現全國或各州的數據，而是以標準化數值進行評估與比較。我國目前不同公共衛生部門或專業協會收集之醫療照護相關感染指標，原則上針對感染個案判定部分，多已註明參考本署公布的醫療照護相關感染監測定義辦理，但是在計算住院人日數含括的範圍，或是手術術式的分類上，則仍有些

許差異。另針對回饋指標部分，THAS 系統已增加術式別感染率報表，並參考美國 NHSN 做法，納入侵入性導管相關感染的 SIR 計算，後續將了解醫院對指標的使用情形，持續評估加強系統的回饋機制。

THAS 系統自今年 2 月上線迄今，陸續接到系統相關諮詢問題約 723 件，大部分諮詢內容為醫療照護相關感染監測定義之邏輯檢核及相關功能操作等問題，問題重複性高且皆為歷次教育訓練講授過之內容，推測醫院感染管制人力有限，109 年又遭逢 COVID-19 疫情，業務更加繁重，且醫院感控窗口職務更換較頻繁，人員流動率較高，種種原因導致業務承辦人對今年甫上線的 THAS 系統較不熟悉；因此，為使每位使用者了解系統操作介面及各項模組功能，將持續定期辦理系統教育訓練，並於課程結束後進行課後測驗，以達教育訓練成效。

本年度持續使用「長期照護機構感染管制查核資訊系統」進行長期照護機構之因應流感疫情無預警查核、因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）無預警查核，使本署可及時掌握地方主管機關查核進度及查核結果，視需要採取適當介入措施。衛生單位使用者對系統整體滿意度與去年 9 月份調查結果(72.4%)相近，推測由於本年度因應 COVID-19 疫情，例行性感染管制查核作業

順延 1 年辦理，衛生單位未有機會使用去年 9 月份後上線之增修功能。另調查結果發現，對系統熟悉度較低或未曾使用系統進行查核者，對系統的滿意度也較低，雖然未達到統計上的顯著差異，但由衛生單位使用者提出對系統功能項目提出的建議中，亦有部分乃系統原已具備之功能，顯示加強使用者對系統功能的認知，是有助於提升系統滿意度的重要策略。

本年度隨疫情發展，「長期照護機構感染管制查核資訊系統」曾調整因應 COVID-19 無預警查核計畫的查檢表內容，因此前後分別有「長照機構因應 COVID-19(武漢肺炎)無預警查核計畫」及「長照機構因應嚴重特殊傳染性肺炎無預警查核計畫」2 項計畫，以致有多個地方主管機關在匯入資料時錯誤選擇計畫，而須申請透過系統維護方式刪除錯誤資料；今年已於「無預警查核-查核結果匯入及填報」項目之匯入檔案格式增列「其他建議」欄位，及新增地方主管機關於計畫結案鎖檔前可刪除資料之功能，使查檢表項目數不一致的檔案無法匯入，且地方主管機關可自行操作刪除，將有助於減少地方主管機關發生上傳錯誤資料及必須透過廠商進行資料修正之情形。

五、結論與建議

本計畫為 4 年期延續型計畫，本年度為計畫第 1 年。我國醫療照護相關感染新版定義自 107 年起正式適用，考量本監測定義係自 98 年以來首次大幅度更新，醫療照護相關感染定義複雜，致收案感管人員認知上的差別，且涉及醫院多種系統連結(如：檢驗室、住院系統、護理等臨床數據)、資料收集、解釋及輸入等，皆可能造成差異。故將建立醫療照護相關血流感染資料確效評估作業納入本計畫試辦，安排至醫院外部委員進行實地評核，瞭解醫院監測通報的完整性和準確性等，並藉由實務交流，提升收案一致性。第 1 年度初步分析 5 家醫學中心參與醫療照護相關血流感染資料確效評估資料，明年度計畫須持續與參與醫院溝通，瞭解先驅試辦作業遭遇之困難，並擴大參與醫院層級，以將相關執行成果將提供後續制定評估作業之參考。

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(THAS 系統)受理全國醫院通報醫療照護相關感染監測資料，以往使用者問卷調查，15%的受訪者未曾使用過系統的制式統計報表，對系統的認知度及資料應用頻率偏低，未能有效利用系統，為使每位使用者了解系統操作介面及各項模組功能，將持續定期辦理系統教育訓練，並於課程結束後進行課後測驗，以達教育訓練成效。

自 107 年起，長期照護相關機構之例行性查核及無預警查核多數皆使用「長期照護機構感染管制查核資訊系統」進行行政作業管理與查核相關資料登錄，有助於中央與地方主管機關及時掌握查核進度與結果，以及長期收集長照機構相關感染管制措施的辦理情形。未來仍將配合政策所需及透過使用者滿意度調查等方式收集意見，持續強化查核系統流暢度及實用性，並評估辦理相關教育訓練，提升使用者對系統功能的認知。

六、重要研究成果及具體建議

- (一) 參考其他國家有關醫療照護相關感染監測分析結果回饋機制，及我國目前不同公共衛生部門收集之相關指標，持續評估應用於 THAS 系統相關回饋機制。
- (二) 訂定醫療照護相關血流感染資料外部確效調查表及相關工具，109 年共計 5 家醫學中心參與先驅研究調查，後續須持續與參與醫院溝通，依本年度執行經驗修正外部確效調查表及相關工具，並擴大參與醫院層級。
- (三) 已穩定使用「醫院感染管制查核作業系統」及「長期照護機構感染管制查核資訊系統」，進行醫療照護機構例行性查核及無預警查核之行政作業管理與查核相關資料登錄，未來建議可參考醫院評鑑之持續性監測指標機制，於系統增加機構定期通報如流感疫苗接種率等重要指標之功能，以利持續掌握於醫療照護機構未辦理查核期間之感染管制措施辦理情形。

七、參考文獻

1. World Health Organization. (n.d.). Clean care is safer care. Available at : <http://www.who.int/gpsc/en/>
2. World Health Organization. (2009). A Guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy. Available at : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70030/1/WHO_IER_PSP_2009.02_eng.pdf
3. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. (Content last reviewed October 2014.). Tools for reducing central line-associated blood stream infections. Available at : <http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/clabsitools/index.html>
4. World Health Organization. (2008). Core components for infection prevention and control programmes. Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
5. Department of Health and Human Services. (2010). Progress toward eliminating healthcare-associated infections meeting report summary. Available at : https://health.gov/hai/pdfs/progresstoward_meetingsummary.pdf
6. New York State Department of Health. Hospital-acquired infections in New York State, 2018. Part 2: Technical Report. Available at : https://www.health.ny.gov/statistics/facilities/hospital/hospital_acquired_infections/2018/docs/hospital_acquired_infection_p2.pdf
7. State health department validations of central line-associated bloodstream infection events reported via the National Healthcare Safety Network. 2018. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019665531830573X?via%3Dihub>
8. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012. Surveillance Report.2013. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial->

use-PPS.pdf

9. Centers for Disease Control and Prevention. Analyzing Device-Associated HAI Data. Available at:
<https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/training/2019/analyzing-da-hai-data-508.pdf>
10. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。醫院評鑑持續性監測指標感染管制操作型定義手冊(109年)。P.11-46。
Available at: <http://hacmi.jct.org.tw/>
11. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。台灣臨床成效指標(TCPI)綜合照護手冊指標清單(108年)。P.2-4。
Available at: http://tcpi.jct.org.tw/tcpi/User_Login.aspx
12. 第三階段醫院品質績效量測指標系統與落實品質改善計畫(107年)。 Available at:
https://org.vghks.gov.tw/qmc/News_Content.aspx?n=F97D3814DC467193&sms=652ADCC6B1BE2D28&s=80948F2B7F1DEA15
13. 中央健保署全民健保資料品質資訊公開網。醫院總額專業醫療服務品質報告(108年第4季)。 Available at:
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=9ABC74CDF4F839F6&topn=23C660CAACAA159D
14. 中央健保署全民健保資料品質資訊公開網。門診透析醫療品質資訊公開報告(108年第4季)。 Available at:
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=583A4CE6F614E3CC&topn=23C660CAACAA159D

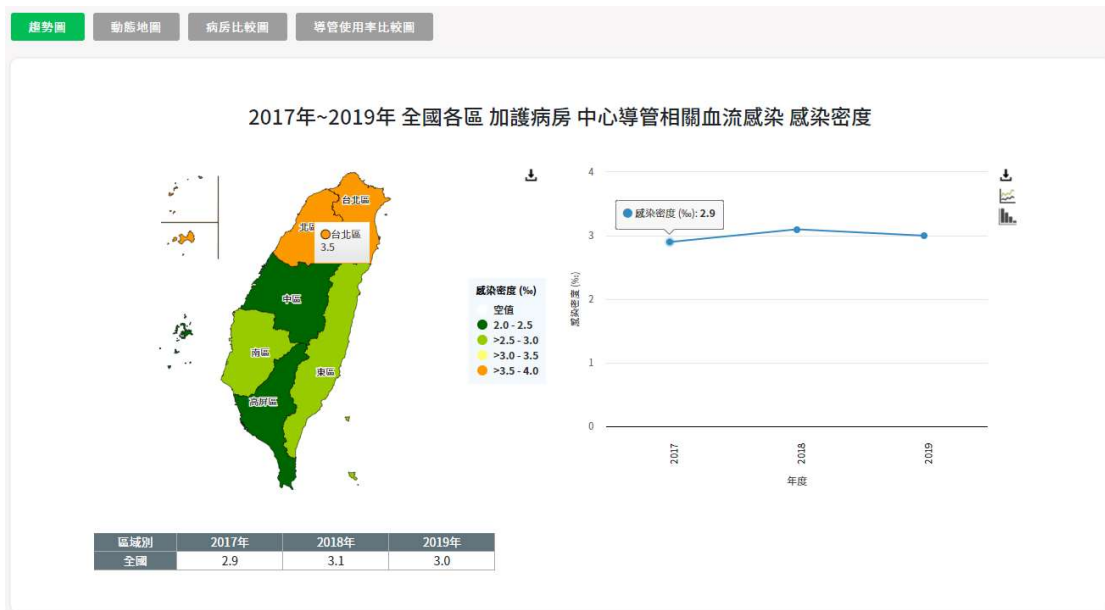


圖 2、全國各區侵入性導管相關感染密度 趨勢圖

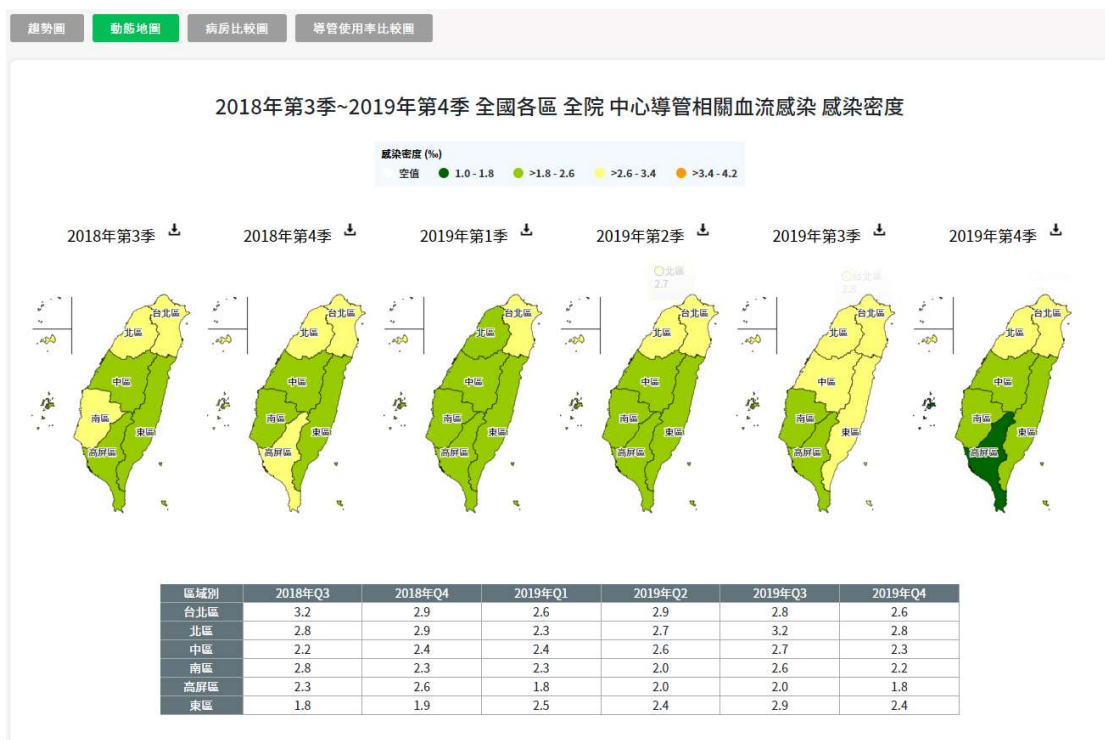


圖 3、全國各區侵入性導管相關感染密度 動態地圖



圖 4、全國侵入性導管相關感染密度 病房比較圖



圖 5、全國侵入性導管相關感染密度 感染密度與導管使用率比較圖

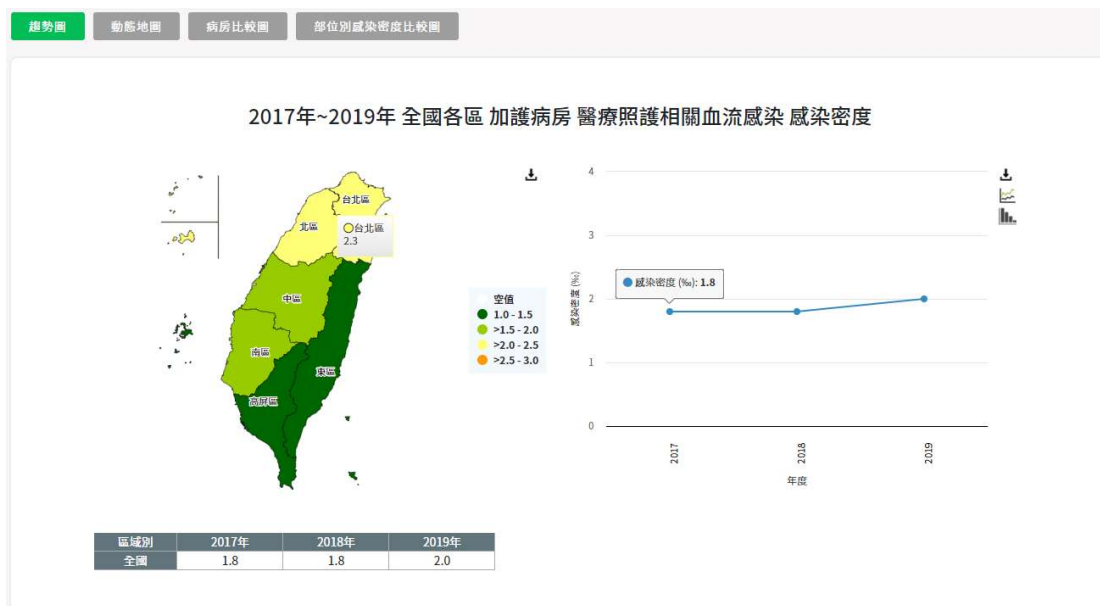


圖 6、全國各區醫療照護相關感染密度趨勢圖

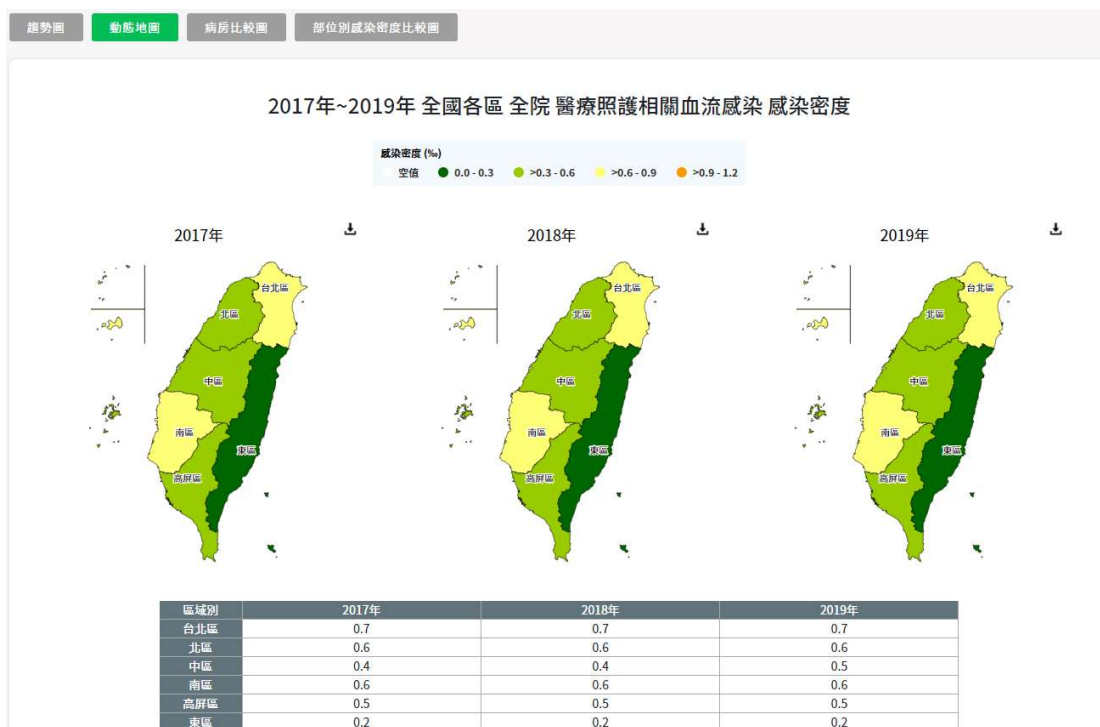


圖 7、全國各區醫療照護相關感染密度動態地圖



圖 8、全國醫療照護相關感染密度 病房比較圖



圖 9、全國醫療照護相關感染密度 部位別感染密度比較圖



圖 10、視覺化圖表功能連結

NHSN 通報及分析畫面

一、擷取畫面

若以時間區間設定為 2018 年、機構類別選擇重症照護(CC; Critical Care)，以分組 summaryYH 進行比較 SIR：

(一)設定時間區間：

The screenshot shows the 'Modify "SIR - Acute Care Hospital CLAB Data"' interface. The 'Time Period' tab is selected. The 'Date Variable' dropdown is set to 'summaryYr'. The 'Beginning' and 'Ending' fields both contain '2018'. A 'Clear Time Period' button is located to the right of the 'Ending' field. Below the input fields, there is a checkbox labeled 'Enter Date variable/Time period at the time you click the Run button' which is currently unchecked.

(二)設定篩選條件：

The screenshot shows the 'Modify "SIR - Acute Care Hospital CLAB Data"' interface with the 'Filters' tab selected. Under 'Additional Filters', there is a 'Show' button and a 'Clear' button. Below these, there are 'AND' and 'OR' buttons. A filter rule is defined: 'locationType' (dropdown) 'equal' (dropdown) 'CC - CC' (dropdown). The filter rule is highlighted with a red box.

(三)設定比較之群組別：

The screenshot shows the 'Modify "SIR - Acute Care Hospital CLAB Data"' interface with the 'Display Options' tab selected. In the 'SIR Options' section, the 'Group by' dropdown is set to 'summaryYH'.

(四)產出報表：

National Healthcare Safety Network

SIR for Central Line-Associated BSI Data for Acute Care Hospitals (2015 baseline) - By OrgID

As of: February 26, 2019 at 2:20 PM

Date Range: BS2 CLAB RATESALL summaryYr 2018 to 2018

if(((locationType = "CC")))

orgID=10000 medType=''

| orgID | ccn | summaryYH | infCount | numPred | numclays | SIR | SIR_pval | sir95ci |
|-------|------------|-----------|----------|---------|----------|-------|----------|--------------|
| 10000 | 31C0001043 | 2018H1 | 6 | 1.715 | 2038 | 3.498 | 0.0103 | 1.418, 7.276 |
| 10000 | 31C0001043 | 2018H2 | 5 | 1.432 | 2077 | 3.492 | 0.0191 | 1.279, 7.740 |

1. This report includes CLABSI data from acute care hospitals for 2015 and forward excluding MBI events. For 2019 and forward, this report also excludes ECMO and VAD events.
2. The SIR is only calculated if the number predicted (numPred) is >= 1. Lower bound of 95% Confidence Interval only calculated when number of observed events > 0.
3. The number of predicted events is calculated based on national aggregate NHSN data from 2015. It is risk adjusted for CDC location, hospital beds, medical school affiliation type and facility Type.
4. If the risk factor data are missing, the record will be excluded from the SIR.

Source of aggregate data: 2015 NHSN CLABSI Data

Data contained in this report were last generated on February 26, 2019 at 12:28 PM.

2. 術式別×リスク分級手術部位感染率

| JANIS SSI部門 公開情報 2019年年報 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|----------------|----------|-----------|------------|----------|-----------|------------|----------|-----------|------------|----------|-----------|------------|
| 2. 手術手技別リスクインデックス*別手術部位感染の発生率 (対象期間 2019年1月1日～2019年12月31日) | | | | | | | | | | | | | | |
| ①消化器外科系手術 | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術手技 コード | 内視鏡+ | 手術件数 合計 (件) | RI-0 | | | RI-1 | | | RI-2 | | | RI-3 | | |
| | | | 手術件数 (件) | SSI件数 (件) | SSI発生率 (%) | 手術件数 (件) | SSI件数 (件) | SSI発生率 (%) | 手術件数 (件) | SSI件数 (件) | SSI発生率 (%) | 手術件数 (件) | SSI件数 (件) | SSI発生率 (%) |
| APPY | 合計 | 14,133 | 8,061 | 197 | 2.4 | 4,400 | 254 | 5.8 | 1,477 | 143 | 9.7 | 195 | 21 | 10.8 |
| | 無 | 2,819 | 1,418 | 26 | 1.8 | 964 | 73 | 7.6 | 379 | 47 | 12.4 | 58 | 6 | 10.3 |
| | 有 | 11,314 | 6,634 | 171 | 2.6 | 3,442 | 180 | 5.2 | 1,101 | 97 | 8.8 | 137 | 15 | 10.9 |
| BILI合計 | | 12,162 | 7,404 | 804 | 10.9 | 4,120 | 764 | 18.5 | 618 | 149 | 24.1 | 20 | 7 | 35.0 |
| BILI-L | | 5,456 | 3,335 | 158 | 4.7 | 1,826 | 165 | 9.0 | 291 | 39 | 13.4 | 4 | 1 | 25.0 |
| BILI-PD | | 3,191 | 1,934 | 479 | 24.8 | 1,081 | 291 | 26.9 | 168 | 41 | 24.4 | 8 | 3 | 37.5 |
| BILI-O | | 3,515 | 2,137 | 279 | 13.1 | 1,192 | 225 | 18.9 | 184 | 42 | 22.8 | 2 | 1 | 50.0 |
| CHOL | 合計 | 29,997 | 18,489 | 275 | 1.5 | 8,946 | 307 | 3.4 | 2,316 | 173 | 7.5 | 246 | 23 | 9.3 |
| | 無 | 4,683 | 2,366 | 105 | 4.4 | 1,788 | 142 | 7.9 | 499 | 65 | 13.0 | 30 | 7 | 23.3 |
| | 有 | 25,314 | 16,030 | 206 | 1.3 | 7,298 | 162 | 2.2 | 1,789 | 81 | 4.5 | 197 | 10 | 5.1 |
| 合計 | | 47,944 | 25,191 | 1,698 | 6.7 | 17,870 | 1,807 | 10.1 | 4,583 | 846 | 18.5 | 300 | 93 | 31.0 |
| COLO | 無 | 21,292 | 9,429 | 833 | 8.8 | 8,436 | 1,132 | 13.4 | 3,021 | 721 | 23.9 | 406 | 137 | 33.7 |
| | 有 | 26,652 | 16,152 | 846 | 5.2 | 8,890 | 625 | 7.0 | 1,542 | 139 | 9.0 | 68 | 11 | 16.2 |
| | 合計 | 1,749 | 1,136 | 179 | 15.8 | 528 | 110 | 20.8 | 84 | 16 | 19.0 | 1 | 1 | 100.0 |
| ESOP | 無 | 543 | 330 | 50 | 15.2 | 173 | 44 | 25.4 | 40 | 6 | 15.0 | 0 | - | - |
| | 有 | 1,206 | 806 | 126 | 15.6 | 354 | 70 | 19.8 | 45 | 9 | 20.0 | 1 | 1 | 100.0 |
| | 合計 | 18,515 | 10,636 | 588 | 5.5 | 6,688 | 586 | 8.8 | 1,170 | 183 | 15.6 | 21 | 6 | 28.6 |
| GAST合計 | | 9,324 | 5,034 | 323 | 6.4 | 3,507 | 373 | 10.6 | 762 | 149 | 19.6 | 21 | 6 | 28.6 |
| 有 | | 9,191 | 5,626 | 246 | 4.4 | 3,124 | 215 | 6.9 | 433 | 48 | 11.1 | 8 | 3 | 37.5 |
| GAST-D | 合計 | 8,723 | 5,323 | 265 | 5.0 | 3,009 | 221 | 7.3 | 386 | 48 | 12.4 | 5 | 1 | 20.0 |
| | 無 | 3,833 | 2,199 | 128 | 5.8 | 1,384 | 117 | 8.5 | 243 | 40 | 16.5 | 7 | 2 | 28.6 |
| | 有 | 4,890 | 3,144 | 130 | 4.1 | 1,589 | 103 | 6.5 | 154 | 14 | 9.1 | 3 | 1 | 33.3 |
| GAST-T | 合計 | 4,274 | 2,605 | 221 | 8.5 | 1,440 | 169 | 11.7 | 222 | 39 | 17.6 | 7 | 1 | 14.3 |
| | 無 | 2,996 | 1,809 | 155 | 8.6 | 1,012 | 130 | 12.8 | 167 | 33 | 19.8 | 8 | 3 | 37.5 |
| | 有 | 1,278 | 791 | 63 | 8.0 | 428 | 39 | 9.1 | 58 | 6 | 10.3 | 1 | 1 | 100.0 |

3. 感染菌種前 5 名

| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O |
|---|-------------------------|-----------|--|----------------------------|--------|----------------|---|-------|----------------------|----------------------------|------|----------------|-------------------------|--------|
| JANIS SSI部門 公開情報 2019年年報 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. 手術部位感染の原因菌 | | | | | | | | | | | | | | |
| (対象期間 2019年1月1日～2019年12月31日) | | | | | | | | | | | | | | |
| ①検体別「合計」のSSI件数合計には培養検査実施件数も含まれてはまず | | | | | | | | | | | | | | |
| *Enterococcus faecalis 分離菌数のうち、菌名コード1202 Enterococcus faecalis (VRE)と報告された件数はカッコ内 | | | | | | | | | | | | | | |
| † Staphylococcus aureus 分離菌数のうち、菌名コード1303 Staphylococcus aureus (MRSA)と報告された件数はカッコ内 | | | | | | | | | | | | | | |
| * Enterococcus faecium 分離菌数のうち、菌名コード1206 Enterococcus faecium (VRE)と報告された件数はカッコ内 | | | | | | | | | | | | | | |
| ①全手術手技合計 (検体別) | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | 血液 | | | 生検 | | | 脳脊髄液 | | | 臓器/体腔 | | |
| SSI件数合計 (件) | | | SSI件数合計 (件) | | | SSI件数合計 (件) | | | SSI件数合計 (件) | | | SSI件数合計 (件) | | |
| 培養検査実施件数合計 (件) | | | 培養検査実施件数合計 (件) | | | 培養検査実施件数合計 (件) | | | 培養検査実施件数合計 (件) | | | 培養検査実施件数合計 (件) | | |
| 総分離菌数 (株) | | | 総分離菌数 (株) | | | 総分離菌数 (株) | | | 総分離菌数 (株) | | | 総分離菌数 (株) | | |
| 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 | 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 | 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 | 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 | 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 |
| 1 | Enterococcus faecalis* | 1901(5) | 1 | Staphylococcus aureus † | 21(12) | 1 | Staphylococcus aureus † | 10(3) | 1 | Staphylococcus aureus † | 2(2) | 1 | Enterococcus faecalis* | 822(3) |
| 2 | Staphylococcus aureus † | 1099(538) | 2 | Bacteroides fragilis group | 15 | 2 | Staphylococcus coagulase negative (CNS) | 10 | 2 | Enterococcus faecalis* | 2(0) | 2 | Escherichia coli | 561 |
| 3 | Pseudomonas aeruginosa | 10/1 | 3 | Escherichia coli | 14 | 3 | Enterococcus faecalis* | 9(1) | 3 | Staphylococcus epidermidis | 2 | 3 | Pseudomonas aeruginosa | 413 |
| 4 | Enterobacter cloacae | 982 | 4 | Enterococcus faecalis* | 10(0) | 4 | Pseudomonas aeruginosa | 9 | 4 | Enterobacter spp. | 1 | 4 | Enterobacter cloacae | 411 |
| 5 | Escherichia coli | 918 | 5 | Enterobacter spp. | 6 | 5 | Staphylococcus epidermidis | 6 | 5 | Enterobacter cloacae | 1 | 5 | Enterococcus faecium* | 374(1) |
| | | | 以下、菌数6で同数。 [Pseudomonas aeruginosa] | | | | | | 以下、菌数1で同数。 [コメント] | | | | | |
| 表層/深部切開創 | | | 手術部位以外の排泄 | | | 下気道 (喀痰以外) | | | 喀痰 | | | 便もしくは直腸スワブ | | |
| SSI件数合計 (件) | | | SSI件数合計 (件) | | | SSI件数合計 (件) | | | SSI件数合計 (件) | | | SSI件数合計 (件) | | |
| 培養検査実施件数合計 (件) | | | 培養検査実施件数合計 (件) | | | 培養検査実施件数合計 (件) | | | 培養検査実施件数合計 (件) | | | 培養検査実施件数合計 (件) | | |
| 総分離菌数 (株) | | | 総分離菌数 (株) | | | 総分離菌数 (株) | | | 総分離菌数 (株) | | | 総分離菌数 (株) | | |
| 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 | 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 | 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 | 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 | 原因菌上位5菌種 | 菌名 | 分離菌数 |
| 1 | Enterococcus faecalis* | 1128(1) | 1 | Bacteroides fragilis group | 4 | 1 | Pseudomonas aeruginosa | 3 | 1 | Candida albicans | 2 | 1 | Staphylococcus aureus † | 1(1) |



公開情報 2019年1月～12月 年報

院内感染対策サーベイランス 集中治療室部門

【集中治療室（ICU）部門におけるサーベイランスの概要と目的】

本サーベイランスの目的は、集中治療室（Intensive Care Unit : ICU）における人工呼吸器関連肺炎、尿路感染症、カテーテル関連血流感染症の発生状況*を明らかにすることである。集計対象医療機関の各感染症発生率を 1,000 患者・日当たりの発生件数†として算出するとともに、感染症別原因菌の分離数を集計し、ICU における人工呼吸器関連肺炎、尿路感染症、カテーテル関連血流感染症のベンチマークとなる情報を提供している。

*判断基準については以下を参照

https://janis.mhlw.go.jp/section/standard/standard_icu_ver1.3_20150707.pdf

†米国 CDC が行っている NHSN における単位は 1,000 デバイス・日を用いているため、JANIS のデータとの比較には注意が必要である

【図表】

1. 集中治療室入室患者数
2. 解析対象患者の患者・日
3. 感染症発生率
4. 感染症別原因菌
 - 4-1. 感染症別原因菌（人工呼吸器関連肺炎）
 - 4-2. 感染症別原因菌（尿路感染症）
 - 4-3. 感染症別原因菌（カテーテル関連血流感染症）

【解説】

1. 集中治療室入室患者数

2019 年年報（2019 年 1 月～12 月）における集計対象医療機関数は 150 医療機関であった。熱傷患者を除いた ICU 入室患者数は 109,399 人で、このうち ICU 在室日数が 2 日以内の患者を除いた解析対象患者数は 34,025 人（31.1%）であった。一医療機関あたりの解析対象患者数の平均値は 227 人、中央値は 197 人であった。

2. 解析対象患者の患者・日

解析対象患者の患者・日は合計 294,169 患者・日で、一医療機関あたりの平均値は 1,961 患者・日、中央値は 1,655 患者・日であった。

3. 感染症発生率

感染症発生件数の合計は738件であった。人工呼吸器関連肺炎の発生率が1.3件/1,000患者・日(387件)と最も多く、次いでカテーテル関連血流感染症0.6件/1,000患者・日(177件)、尿路感染症0.6件/1,000患者・日(174件)であった。

4. 感染症別原因菌 †

人工呼吸器関連肺炎の原因菌として報告された分離菌数は499件で、緑膿菌が93件(18.6%)で最も多く、次いでメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)51件(10.2%)、メチシリン感性黄色ブドウ球菌(MSSA)45件(9.0%)、肺炎桿菌35件(7.0%)、*Stenotrophomonas maltophilia* 34件(6.8%)であった。

尿路感染症の原因菌として報告された分離菌数は196件で、大腸菌が79件(40.3%)で最も多く、次いで緑膿菌26件(13.3%)、*Enterococcus faecalis* 16件(8.2%)、肺炎桿菌14件(7.1%)、*Candida albicans* 7件(3.6%)であった。

カテーテル関連血流感染症の原因菌として報告された分離菌数は193件で、表皮ブドウ球菌が38件(19.7%)で最も多く、次いでMRSA17件(8.8%)、*Candida albicans* 14件(7.3%)、緑膿菌13件(6.7%)、表皮ブドウ球菌を除く coagulase-negative staphylococci (CNS) 12件(6.2%)であった。

† 個々の感染症において複数の原因菌が報告されている例があるため、感染症発生件数合計と同数にはならない。

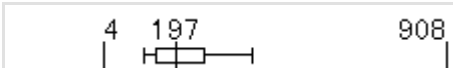
2019年1月～12月のうち、一部でもデータ未提出の23医療機関は集計対象外とした。このため、年報の結果は半期報と異なる場合がある。なお、下記の基準に該当する場合に医療機関に問い合わせを行った結果、疑義データによる集計除外施設はなかった。

疑義データの条件

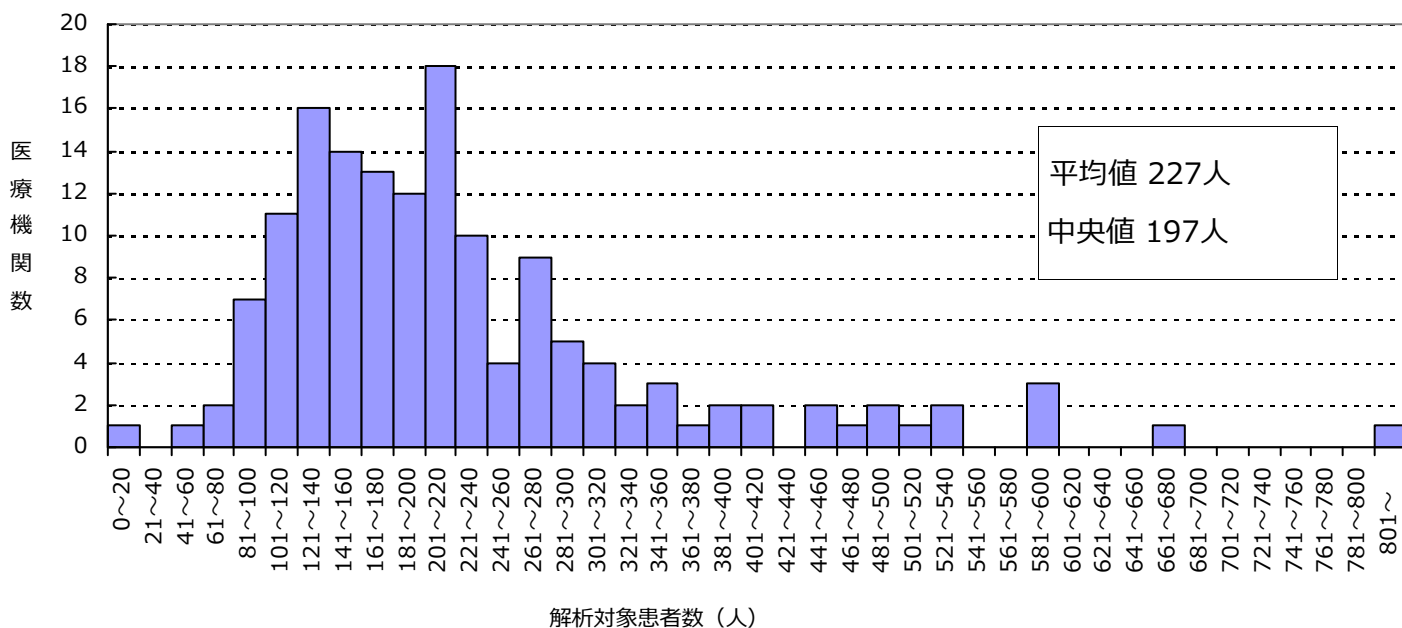
- 解析対象患者数を入室患者数で除した値が0.8以上である
- 人工呼吸器関連肺炎発生率が高く逸脱している(極値)
- 尿路感染症発生率が高く逸脱している(極値)
- カテーテル関連血流感染症発生率が高く逸脱している(極値)
- 感染症発症患者の報告がない
- 前期と後期の平均在院日数に大差がある(極値)

公開情報 2019年1月～12月 年報
院内感染対策サーベイランス 集中治療室部門

1. 集中治療室入室患者数*

| 集中治療室(ICU)入室患者数 | 解析対象患者数 † | 1医療機関あたりの解析対象患者数(平均値) ‡ | 集計対象医療機関の解析対象患者数の分布 |
|-----------------|-----------|-------------------------|--|
| 109,399 | 34,025 | 227 |  |

集計対象医療機関の解析対象患者数の分布 (N=150)



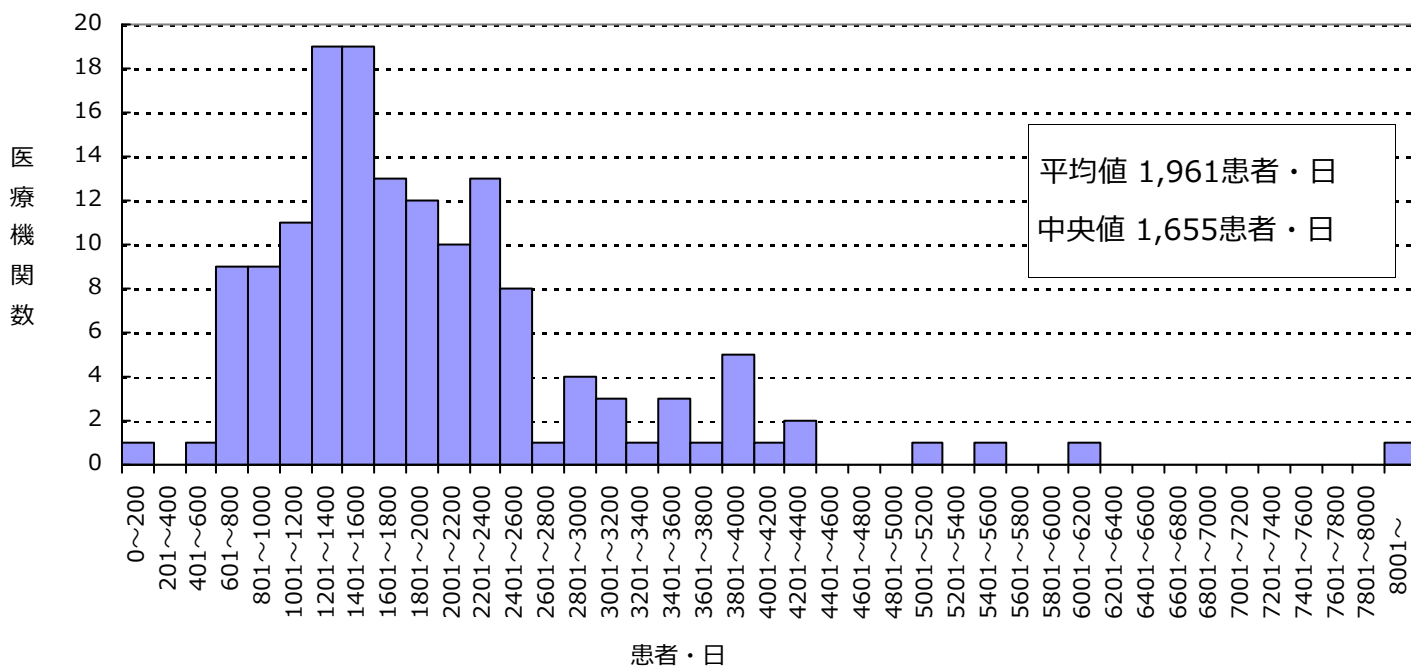
解析対象患者数が801人以上は 1 医療機関

* ICU入室患者は熱傷患者を除く
 † 解析対象患者はICU入室日数が3日以上ICU入室患者で、同一患者が同一月内に複数回入室した場合は1と数える
 ‡ 1医療機関あたりの解析対象患者数 (平均値)
 = (集計対象医療機関の解析対象患者数合計) ÷ (集計対象医療機関数 (ヒストグラムタイトル末尾のNの数))

2. 解析対象患者の患者・日

| 集計対象医療機関患者・日合計 | 1医療機関あたりの患者・日（平均値）* | 集計対象医療機関の患者・日の分布 |
|----------------|---------------------|---|
| 294,169 | 1,961 |  |

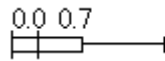
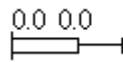
集計対象医療機関の解析対象患者の患者・日分布 (N=150)



患者・日が8001以上は 1 医療機関

* 1医療機関あたりの患者・日（平均値）
=（集計対象医療機関の患者・日合計）÷（集計対象医療機関数（ヒストグラムタイトル末尾のNの数））

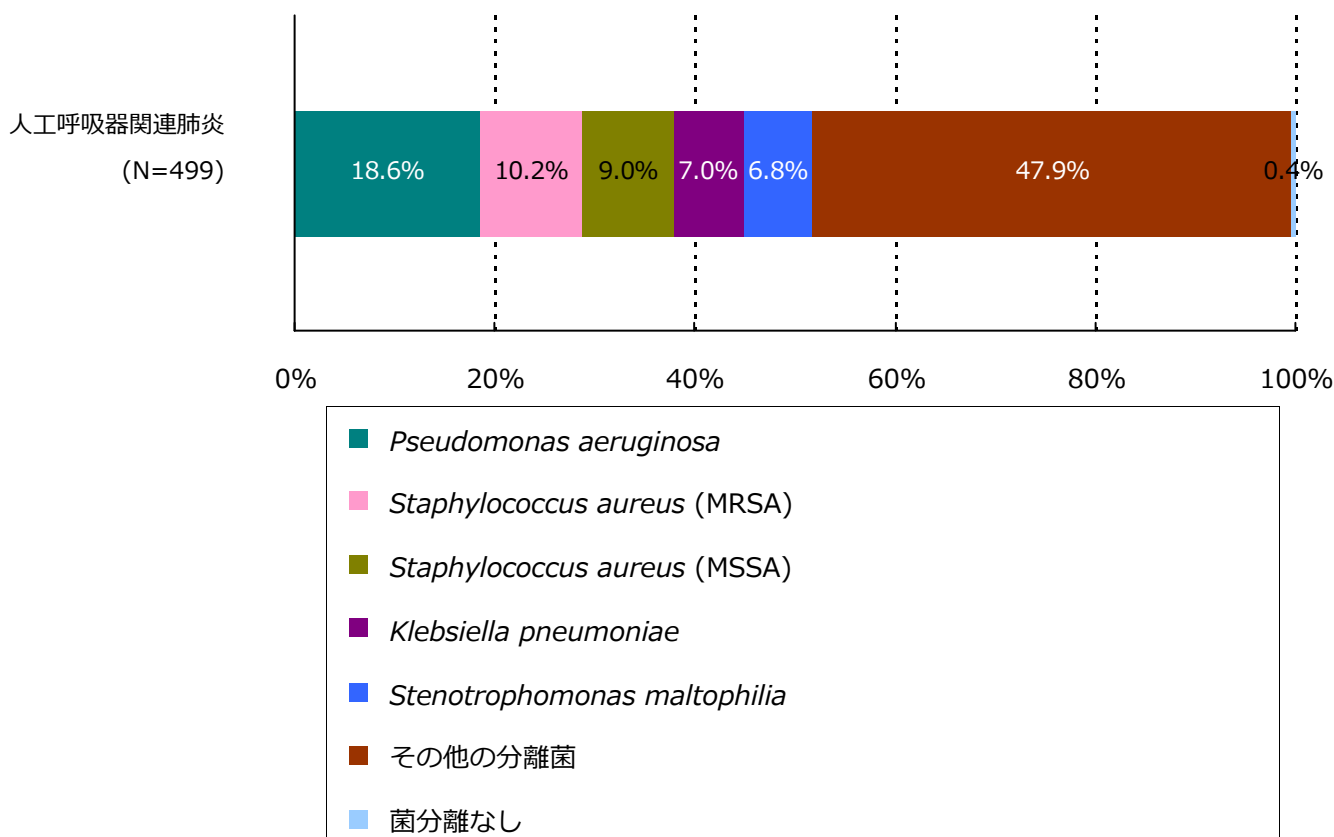
3. 感染症発生率*

| | 集計対象医療機関の 感染症発生件数合計 | 全体の感染症発生率 † (/1000患者・日) | 集計対象医療機関の感染症発生率 (/1000患者・日)の分布 |
|------------------|------------------------|----------------------------|---|
| 人工呼吸器関連肺炎 | 387 | 1.3 |  8.5 |
| 尿路感染症 | 174 | 0.6 |  4.9 |
| カテーテル関連血流 感染症 | 177 | 0.6 |  3.7 |

* 感染症発生率 = (解析対象患者の感染症発生件数) ÷ (解析対象患者のICU入室日数) × 1000

† 全体の感染症発生率 = (集計対象医療機関の解析対象患者の感染症発生件数合計)
÷ (集計対象医療機関の解析対象患者のICU入室日数合計) × 1000

4-1. 感染症別原因菌（人工呼吸器関連肺炎）



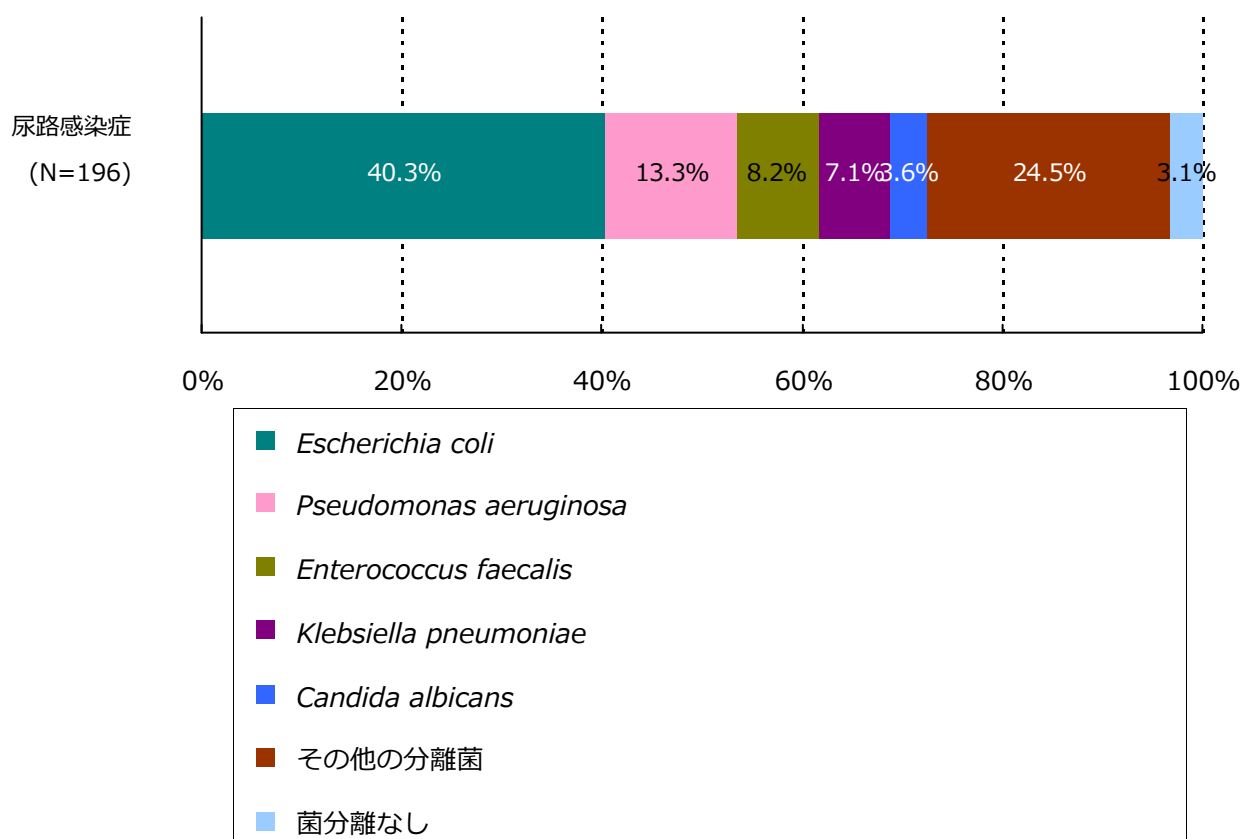
| 原因菌 | 分離数* | 分離割合 |
|-------------------------------------|------|----------|
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | 93 | (18.6%) |
| <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) | 51 | (10.2%) |
| <i>Staphylococcus aureus</i> (MSSA) | 45 | (9.0%) |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> | 35 | (7.0%) |
| <i>Stenotrophomonas maltophilia</i> | 34 | (6.8%) |
| その他の分離菌 | 239 | (47.9%) |
| 菌分離なし | 2 | (0.4%) |
| 合計 | 499 | (100.0%) |
| 培養検査なし | 0 | |

原因菌は上位5菌種のみ表示

菌名は菌名コード (<https://janis.mhlw.go.jp/section/icu.html#code>) に準拠

*個々の感染症において複数の原因菌が報告されている例があるため、感染症発生病数合計と同数にはならない

4-2. 感染症別原因菌（尿路感染症）



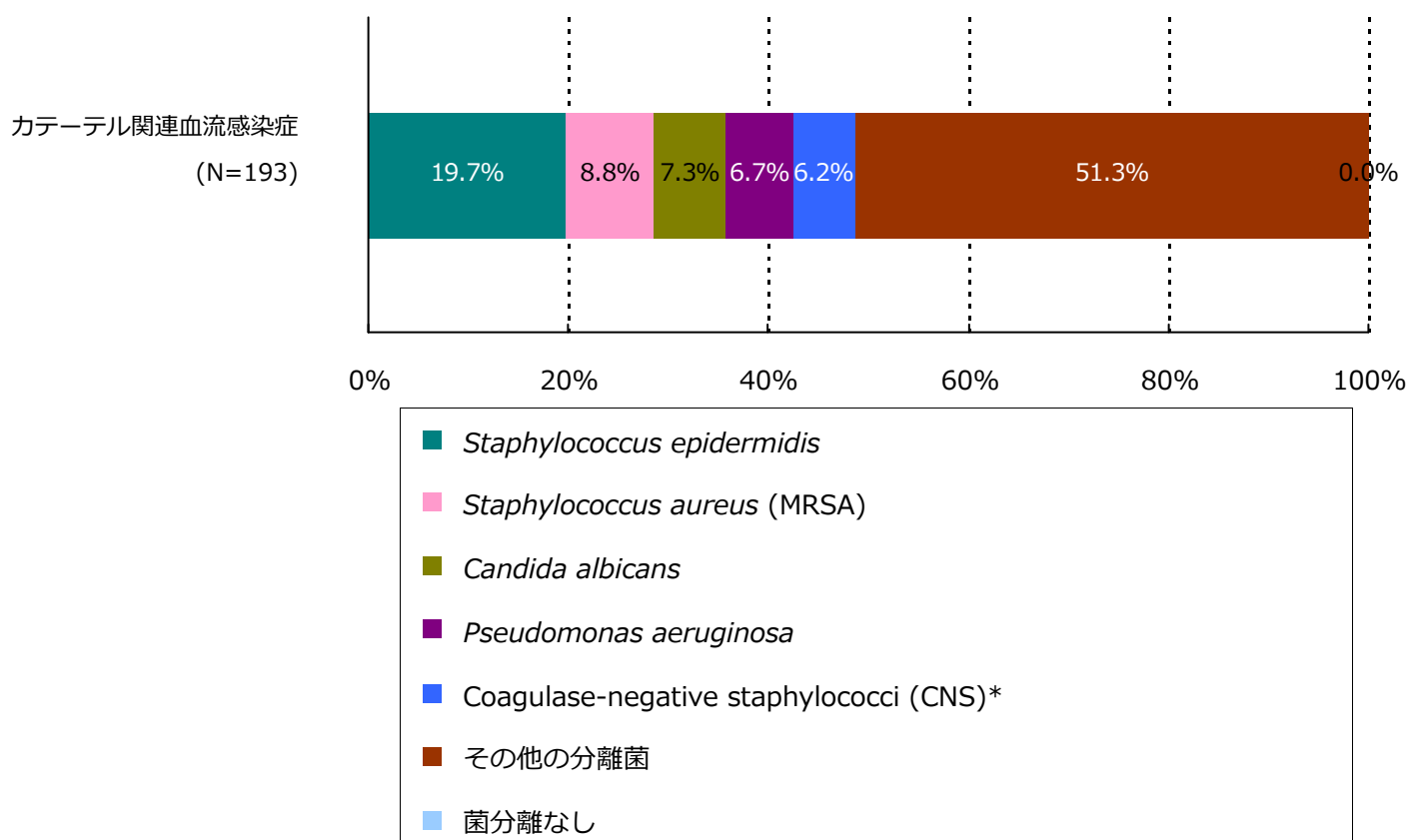
| 原因菌 | 分離数* | 分離割合 |
|-------------------------------|------|----------|
| <i>Escherichia coli</i> | 79 | (40.3%) |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | 26 | (13.3%) |
| <i>Enterococcus faecalis</i> | 16 | (8.2%) |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> | 14 | (7.1%) |
| <i>Candida albicans</i> | 7 | (3.6%) |
| その他の分離菌 | 48 | (24.5%) |
| 菌分離なし | 6 | (3.1%) |
| 合計 | 196 | (100.0%) |
| 培養検査なし | 4 | |

原因菌は上位5菌種のみ表示

菌名は菌名コード (<https://janis.mhlw.go.jp/section/icu.html#code>) に準拠

*個々の感染症において複数の原因菌が報告されている例があるため、感染症発生病数合計と同数にはならない

4-3. 感染症別原因菌（カテーテル関連血流感染症）



| 原因菌 | 分離数 † | 分離割合 |
|---|-------|----------|
| <i>Staphylococcus epidermidis</i> | 38 | (19.7%) |
| <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) | 17 | (8.8%) |
| <i>Candida albicans</i> | 14 | (7.3%) |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | 13 | (6.7%) |
| Coagulase-negative staphylococci (CNS)* | 12 | (6.2%) |
| その他の分離菌 | 99 | (51.3%) |
| 菌分離なし | 0 | (0.0%) |
| 合計 | 193 | (100.0%) |
| 培養検査なし | 0 | |

原因菌は上位5菌種のみ表示

菌名は菌名コード (<https://janis.mhlw.go.jp/section/icu.html#code>) に準拠

**S. epidermidis* (菌名コード:1312)と報告された菌は除く

† 個々の感染症において複数の原因菌が報告されている例があるため、感染症発生件数合計と同数にはならない

MRSA 菌血症月報表(機構別個案數)

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O |
|----|--|-------------------|-------|------|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Organisation type | NHS acute trust | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | PHE Centre | (全部) | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | STP | (全部) | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Data signed off | (全部) | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Data changed since last publication? | (全部) | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Metric | Total cases | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Figure | Year | Month | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | 2019 | 2020 | | | | | | | | | | | |
| 10 | Organisation name | Organisation code | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11 | Airedale | RCF | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 12 | Alder Hey Children's | RBS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | Ashford & St Peter's Hospitals | RTK | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 14 | Barking, Havering & Redbridge University | RF4 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | Barnsley Hospital | RFF | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | Barts Health | R1H | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0 | 3 | 1 | 0 | 2 |
| 17 | Bedfordshire Hospitals | RC9 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | Birmingham Women's and Children's | RQ3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | Blackpool Teaching Hospitals | RXL | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| 20 | Bolton | RMC | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 21 | Bradford Teaching Hospitals | RAE | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 |
| 22 | Brighton & Sussex University Hospitals | RXH | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| 23 | Duckinghamshire Healthcare | RXQ | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | Calderdale & Huddersfield | RWY | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 25 | Cambridge University Hospitals | RGT | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 26 | Chelsea & Westminster Hospital | RQM | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| 27 | Chesterfield Royal Hospital | RFS | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 28 | Countess of Chester Hospital | RJR | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | County Durham & Darlington | RXP | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 30 | Croydon Health Services | RJ6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31 | Dartford & Gravesham | RN7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 32 | Doncaster & Bassetlaw Hospitals | RP5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 33 | Dorset County Hospital | RBD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 34 | East & North Hertfordshire | RWH | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| 35 | East Cheshire | RJN | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 36 | East Kent Hospitals University | RVV | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 37 | East Lancashire Hospitals | RXR | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| 38 | East Suffolk and North Essex | RDE | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 39 | East Sussex Healthcare | RXC | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 40 | Epsom & St Helier University Hospitals | RVR | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

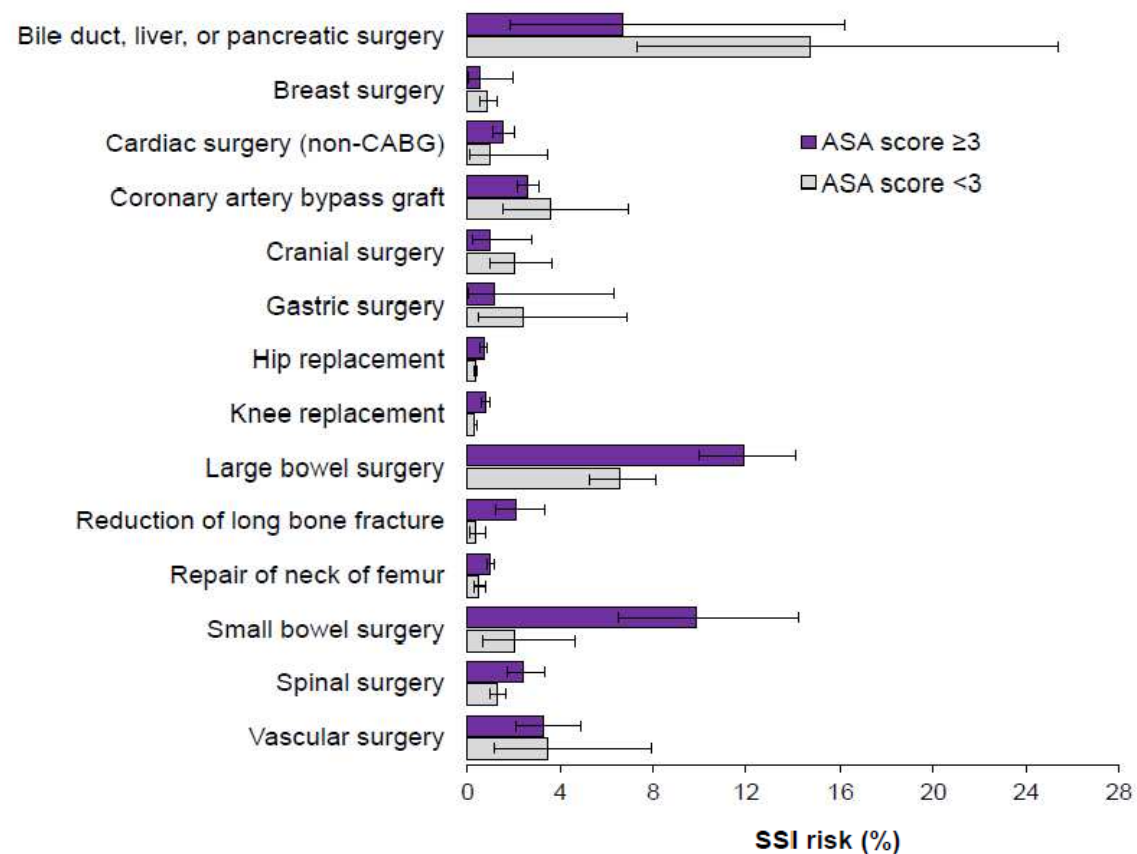
Klebsiella spp.菌血症季報表(各季感染率)

| Table S2a: Hospital-onset, community-onset and all reported <i>Klebsiella</i> spp. bacteraemia - counts and rates by quarter. April 2017 - June 2020 | | | | | | | | | | | |
|--|---------|-------------------------|---------------------------------------|--|--------------------|-----------|---------------------|--|--|--|--|
| Financial year | Quarter | Species | Hospital-onset (per 100,000 bed-days) | Community-onset (per 100,000 bed-days) | All reported cases | Bed-days | Population Estimate | | | | |
| 2017/18 | Q1 | <i>Klebsiella</i> genus | 670 | 1,678 | 2,348 | 8,613,504 | 13,866,762 | | | | |
| 2017/18 | Q2 | <i>Klebsiella</i> genus | 792 | 1,878 | 2,670 | 8,561,551 | 14,019,144 | | | | |
| 2017/18 | Q3 | <i>Klebsiella</i> genus | 758 | 1,757 | 2,515 | 8,732,065 | 14,019,144 | | | | |
| 2017/18 | Q4 | <i>Klebsiella</i> genus | 700 | 1,549 | 2,249 | 8,878,236 | 13,802,592 | | | | |
| 2018/19 | Q1 | <i>Klebsiella</i> genus | 741 | 1,802 | 2,543 | 8,561,078 | 13,955,954 | | | | |
| 2018/19 | Q2 | <i>Klebsiella</i> genus | 907 | 1,956 | 2,863 | 8,496,154 | 14,109,316 | | | | |
| 2018/19 | Q3 | <i>Klebsiella</i> genus | 810 | 1,904 | 2,714 | 8,622,666 | 14,109,316 | | | | |
| 2018/19 | Q4 | <i>Klebsiella</i> genus | 744 | 1,824 | 2,568 | 8,749,144 | 13,878,977 | | | | |
| 2019/20 | Q1 | <i>Klebsiella</i> genus | 748 | 1,798 | 2,546 | 8,611,405 | 14,033,188 | | | | |
| 2019/20 | Q2 | <i>Klebsiella</i> genus | 897 | 2,085 | 2,982 | 8,597,315 | 14,187,398 | | | | |
| 2019/20 | Q3 | <i>Klebsiella</i> genus | 864 | 2,086 | 2,950 | 8,856,537 | 14,187,398 | | | | |
| 2019/20 | Q4 | <i>Klebsiella</i> genus | 694 | 1,848 | 2,542 | 8,458,330 | 13,878,977 | | | | |
| 2020/21 | Q1 | <i>Klebsiella</i> genus | 768 | 1,627 | 2,395 | 8,611,405 | 14,033,188 | | | | |
| 2017/18 | Q1 | <i>K. pneumoniae</i> | 392 | 1,019 | 1,411 | 8,613,504 | 13,866,762 | | | | |
| 2017/18 | Q2 | <i>K. pneumoniae</i> | 514 | 1,202 | 1,716 | 8,561,551 | 14,019,144 | | | | |
| 2017/18 | Q3 | <i>K. pneumoniae</i> | 518 | 1,240 | 1,758 | 8,732,065 | 14,019,144 | | | | |
| 2017/18 | Q4 | <i>K. pneumoniae</i> | 502 | 1,156 | 1,658 | 8,878,236 | 13,802,592 | | | | |
| 2018/19 | Q1 | <i>K. pneumoniae</i> | 530 | 1,336 | 1,866 | 8,561,078 | 13,955,954 | | | | |
| 2018/19 | Q2 | <i>K. pneumoniae</i> | 658 | 1,446 | 2,104 | 8,496,154 | 14,109,316 | | | | |
| 2018/19 | Q3 | <i>K. pneumoniae</i> | 570 | 1,431 | 2,001 | 8,622,666 | 14,109,316 | | | | |
| 2018/19 | Q4 | <i>K. pneumoniae</i> | 524 | 1,363 | 1,887 | 8,749,144 | 13,878,977 | | | | |
| 2019/20 | Q1 | <i>K. pneumoniae</i> | 550 | 1,309 | 1,859 | 8,611,405 | 14,033,188 | | | | |
| 2019/20 | Q2 | <i>K. pneumoniae</i> | 633 | 1,535 | 2,168 | 8,597,315 | 14,187,398 | | | | |
| 2019/20 | Q3 | <i>K. pneumoniae</i> | 632 | 1,553 | 2,185 | 8,856,537 | 14,187,398 | | | | |
| 2019/20 | Q4 | <i>K. pneumoniae</i> | 498 | 1,364 | 1,862 | 8,458,330 | 13,878,977 | | | | |
| 2020/21 | Q1 | <i>K. pneumoniae</i> | 520 | 1,159 | 1,679 | 8,611,405 | 14,033,188 | | | | |
| 2017/18 | Q1 | <i>K. oxytoca</i> | 106 | 237 | 343 | 8,613,504 | 13,866,762 | | | | |
| 2017/18 | Q2 | <i>K. oxytoca</i> | 92 | 277 | 369 | 8,561,551 | 14,019,144 | | | | |
| 2017/18 | Q3 | <i>K. oxytoca</i> | 127 | 306 | 433 | 8,732,065 | 14,019,144 | | | | |
| 2017/18 | Q4 | <i>K. oxytoca</i> | 123 | 253 | 376 | 8,878,236 | 13,802,592 | | | | |
| 2018/19 | Q1 | <i>K. oxytoca</i> | 137 | 305 | 442 | 8,561,078 | 13,955,954 | | | | |
| 2018/19 | Q2 | <i>K. oxytoca</i> | 141 | 338 | 479 | 8,496,154 | 14,109,316 | | | | |
| 2018/19 | Q3 | <i>K. oxytoca</i> | 134 | 268 | 402 | 8,622,666 | 14,109,316 | | | | |
| 2018/19 | Q4 | <i>K. oxytoca</i> | 120 | 303 | 423 | 8,749,144 | 13,878,977 | | | | |
| 2019/20 | Q1 | <i>K. oxytoca</i> | 116 | 296 | 412 | 8,611,405 | 14,033,188 | | | | |
| 2019/20 | Q2 | <i>K. oxytoca</i> | 158 | 349 | 507 | 8,597,315 | 14,187,398 | | | | |
| 2019/20 | Q3 | <i>K. oxytoca</i> | 135 | 335 | 470 | 8,856,537 | 14,187,398 | | | | |
| 2019/20 | Q4 | <i>K. oxytoca</i> | 110 | 309 | 419 | 8,458,330 | 13,878,977 | | | | |
| 2020/21 | Q1 | <i>K. oxytoca</i> | 118 | 303 | 421 | 8,611,405 | 14,033,188 | | | | |
| 2017/18 | Q1 | <i>K. aerogenes</i> | 11 | 10 | 21 | 8,613,504 | 13,866,762 | | | | |
| 2017/18 | Q2 | <i>K. aerogenes</i> | 17 | 19 | 36 | 8,561,551 | 14,019,144 | | | | |
| 2017/18 | Q3 | <i>K. aerogenes</i> | 11 | 12 | 23 | 8,732,065 | 14,019,144 | | | | |

術式別×風險因子層級別(本圖係以 ASA score 分層級)感染率

Figures 6a-d: Inpatient and readmission SSI incidence by risk factor (ASA score, wound contamination class, duration of operation and BMI), NHS hospitals England, April 2018 to March 2019

a) ASA score



術式別菌種排名

Table 5: Micro-organisms reported as causing inpatient and readmission-detected SSIs by surgical category, NHS hospitals England, April 2014 to March 2019

a) all SSIs

| Reported causative organism | Hip replacement | | Knee replacement | | Repair of neck of femur | | Large bowel surgery | | Spinal surgery | | Coronary artery bypass graft | | |
|-----------------------------|--|------------|------------------|------------|-------------------------|------------|---------------------|------------|----------------|------------|------------------------------|------------|------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | |
| Monomicrobial | Methicillin-sensitive <i>S. aureus</i> | 183 | 29.4 | 238 | 40.0 | 149 | 29.6 | 20 | 4.0 | 136 | 43.2 | 86 | 21.3 |
| | Methicillin-resistant <i>S. aureus</i> | 26 | 4.2 | 25 | 4.2 | 42 | 8.3 | 9 | 1.8 | 7 | 2.2 | 14 | 3.5 |
| | Coagulase-negative staphylococci | 154 | 24.7 | 141 | 23.7 | 86 | 17.1 | 14 | 2.8 | 79 | 25.1 | 100 | 24.8 |
| | Enterobacterales | 137 | 22.0 | 64 | 10.8 | 134 | 26.6 | 262 | 52.1 | 56 | 17.8 | 119 | 29.5 |
| | <i>Pseudomonas</i> | 24 | 3.9 | 21 | 3.5 | 25 | 5.0 | 56 | 11.1 | 11 | 3.5 | 47 | 11.7 |
| | <i>Streptococcus</i> | 40 | 6.4 | 44 | 7.4 | 13 | 2.6 | 19 | 3.8 | 7 | 2.2 | 4 | 1.0 |
| | <i>Enterococcus</i> | 29 | 4.7 | 22 | 3.7 | 30 | 6.0 | 37 | 7.4 | 4 | 1.3 | 8 | 2.0 |
| | Other bacteria | 28 | 4.5 | 39 | 6.6 | 22 | 4.4 | 67 | 13.3 | 14 | 4.4 | 23 | 5.7 |
| | Fungi including <i>Candida</i> spp. | 2 | 0.3 | 1 | 0.2 | 3 | 0.6 | 19 | 3.8 | 1 | 0.3 | 2 | 0.5 |
| Total monomicrobial | 623 | 100 | 595 | 100 | 504 | 100 | 503 | 100 | 315 | 100 | 403 | 100 | |
| Polymicrobial | Gram-positive combinations only | 121 | 43.8 | 80 | 39.4 | 84 | 31.7 | 12 | 3.6 | 68 | 53.5 | 54 | 22.8 |
| | Gram-negative combinations only | 25 | 9.1 | 21 | 10.3 | 33 | 12.5 | 80 | 23.7 | 17 | 13.4 | 49 | 20.7 |
| | Gram-positive and Gram-negative combinations | 121 | 43.8 | 84 | 41.4 | 120 | 45.3 | 172 | 51.0 | 38 | 29.9 | 110 | 46.4 |
| | Other | 9 | 3.3 | 18 | 8.9 | 28 | 10.6 | 73 | 21.7 | 4 | 3.1 | 24 | 10.1 |
| | Total polymicrobial | 276 | 100 | 203 | 100 | 265 | 100 | 337 | 100 | 127 | 100 | 237 | 100 |
| Total cases* | 899 | 100 | 798 | 100 | 769 | 100 | 840 | 100 | 442 | 100 | 640 | 100 | |

醫院評鑑持續性監測指標品質指標

| 指標項目 | 指標名稱 | 運算方式 |
|------------------|----------------------------------|---|
| HA02 加護病房照護指標 | HA02-11 加護病房呼吸器相關肺炎 | 加護病房呼吸器相關肺炎感染件數/加護病房呼吸器使用人日數 ×1000 ‰ |
| | HA02-12 加護病房留置導尿管相關尿路感染 | 加護病房留置導尿管相關尿路感染次數/加護病房留置導尿管使用人日數×1000 ‰ |
| | HA02-13 加護病房中心導管相關血流感染率 | 加護病房中心導管相關血流感染件數/加護病房中心導管使用人日數×1000 ‰ |
| HA03 手術照護指標 | HA03-03 所有住院病人手術部位感染 | 手術部位感染數/住院病人手術數×100 % |
| HA07 感染管制 | HA07-01 醫療照護相關感染 | 醫療照護相關感染總人次/住院人日×1000 ‰ |
| HA09 呼吸照護 | HA09-01 亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染 | 亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染次數/亞急性呼吸照護病房中心導管使用人日數×1000 ‰ |
| | HA09-02 亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎 | 亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎感染件數/亞急性呼吸照護病房呼吸器使用人日數×1000 ‰ |
| | HA09-03 亞急性呼吸照護病房 留置導尿管相關尿路感染 | 亞急性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染次數/亞急性呼吸照護病房留置導尿管使用人日數×1000 ‰ |
| | HA09-11 | 慢性呼吸照護病房中心導管相關血流感染次數/慢性呼吸照護病房中心導管使用人 |

| 指標項目 | 指標名稱 | 運算方式 |
|------|------------------------------------|---|
| | 慢性呼吸照護病房中心導管 相關血流感染 | 日數×1000 ‰ |
| | HA09-12 慢性呼吸照護病房呼吸器相 關肺炎 | 慢性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎感染件數/慢性呼吸照護病房呼吸器使用人日數 ×1000 ‰ |
| | HA09-13 慢性呼吸照護病房留置導尿 管相關尿路感染 | 慢性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染次數/慢性呼吸照護病房留置導尿管使 用人日數×1000 ‰ |

台灣醫療照護品質指標系列(THIS)

| 指標代碼 | 指標項目 |
|--------|-------------------|
| ICP001 | 加護病房中心導管使用率 |
| ICP002 | 加護病房留置導尿管使用率 |
| ICP003 | 加護病房呼吸器使用率 |
| ICP004 | 加護病房中心導管相關血流感染密度 |
| ICP005 | 加護病房留置導尿管相關尿路感染密度 |
| ICP006 | 加護病房呼吸器相關呼吸道感染密度 |
| IPP001 | 醫療照護相關感染密度 |
| IPP023 | 住院病人中心導管相關血流感染密度 |
| IPP024 | 住院病人呼吸器相關肺炎感染密度 |

台灣臨床成效指標 (TCPI)綜合照護指標

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|----------------|-----------|--------------------------------------|
| MICU 醫療裝置使用與感染 | MI-BSI-02 | 內科加護病房中心導管使用 |
| | MI-BSI-04 | 內科加護病房中心導管相關血流感染[2018年1月新增] |
| | MI-BSI-05 | 內科加護病房中心導管感染發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | MI-VAP-02 | 內科加護病房呼吸器使用 |
| | MI-VAP-04 | 內科加護病房呼吸器相關肺炎[2018年1月新增] |
| | MI-VAP-05 | 內科加護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數[2018年1月新增] |
| | MI-UTI-02 | 內科加護病房留置導尿管使用 |
| | MI-UTI-03 | 內科加護病房留置導尿管相關尿路感染[2018年1月新增] |
| SICU 醫療裝置使用與感染 | SI-BSI-02 | 外科加護病房中心導管使用 |

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|-----------------|------------|---------------------------------------|
| | SI-BSI-04 | 外科加護病房中心導管相關血流感染[2018年1月新增] |
| | SI-BSI-05 | 外科加護病房中心導管感染發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | SI-VAP-02 | 外科加護病房呼吸器使用 |
| | SI-VAP-04 | 外科加護病房呼吸器相關肺炎[2018年1月新增] |
| | SI-VAP-05 | 外科加護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | SI-UTI-02 | 外科加護病房留置導尿管使用 |
| | SI-UTI-03 | 外科加護病房留置導尿管相關尿路感染[2018年1月新增] |
| APICU 醫療裝置使用與感染 | API-BSI-02 | 綜合科加護病房中心導管使用 |
| | API-BSI-04 | 綜合科加護病房中心導管相關血流感染[2018年1月新增] |
| | API-BSI-05 | 綜合科加護病房中心導管感染發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|---------------|------------|--|
| | API-VAP-02 | 綜合科加護病房呼吸器使用 |
| | API-VAP-04 | 綜合科加護病房呼吸器相關肺炎[2018年1月新增] |
| | API-VAP-05 | 綜合科加護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | API-UTI-02 | 綜合科加護病房留置導尿管使用 |
| | API-UTI-03 | 綜合科加護病房留置導尿管相關尿路感染[2018年1月新增] |
| CCU 醫療裝置使用與感染 | CCU-BSI-02 | 心臟科加護病房中心導管使用 |
| | CCU-BSI-04 | 心臟科加護病房中心導管相關血流感染[2018年1月新增] |
| | CCU-BSI-05 | 心臟科加護病房中心導管感染發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | CCU-VAP-02 | 心臟科加護病房呼吸器使用 |
| | CCU-VAP-04 | 心臟科加護病房呼吸器相關肺炎[2018年1月新增] |

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|---------------|------------|--|
| | CCU-VAP-05 | 心臟科加護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | CCU-UTI-02 | 心臟科加護病房留置導尿管使用 |
| | CCU-UTI-03 | 心臟科加護病房留置導尿管相關尿路感染[2018年1月新增] |
| RCC 醫療裝置使用與感染 | RCC-BSI-02 | 亞急性呼吸照護病房中心導管使用 |
| | RCC-BSI-04 | 亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染[2018年1月新增] |
| | RCC-BSI-05 | 亞急性呼吸照護病房中心導管感染發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | RCC-VAP-02 | 亞急性呼吸照護病房呼吸器使用 |
| | RCC-VAP-04 | 亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎[2018年1月新增] |
| | RCC-VAP-05 | 亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | RCC-UTI-02 | 亞急性呼吸照護病房留置導尿管使用 |

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|--------|--------------|----------------------------------|
| | RCC-UTI-03 | 亞急性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染[2018年1月新增] |
| 術前照護 | SC-AntiP-01a | 所有接受預防性抗生素的手術病人在劃刀前30分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-01b | 所有接受預防性抗生素的手術病人在劃刀前60分鐘內接受預防性抗生素 |
| 術後照護 | SC-AntiP-01c | 所有接受預防性抗生素的手術病人接受小於等於24小時預防性抗生素 |
| | SC-Infe-18 | 所有住院病人手術部位感染[2018年1月新增] |
| 髖關節置換術 | SC-AntiP-04a | 髖關節置換術病人在劃刀前30分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-04b | 髖關節置換術病人在劃刀前60分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-04c | 髖關節置換術病人接受小於等於24小時預防性抗生素 |
| | SC-Infe-19 | 髖關節置換術病人手術部位感染[2018年1月新增] |
| 膝關節置換術 | SC-AntiP-05a | 膝關節置換術病人在劃刀前30分鐘內接受預防性抗生素 |

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|----------|--------------|-----------------------------|
| | SC-AntiP-05b | 膝關節置換術病人在劃刀前60分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-05c | 膝關節置換術病人接受小於等於24小時預防性抗生素 |
| | SC-Infe-20 | 膝關節置換術病人手術部位感染[2018年1月新增] |
| 冠狀動脈繞道手術 | SC-AntiP-06a | 冠狀動脈繞道手術病人在劃刀前30分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-06b | 冠狀動脈繞道手術病人在劃刀前60分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-06c | 冠狀動脈繞道手術病人接受小於等於24小時預防性抗生素 |
| | SC-Infe-21 | 冠狀動脈繞道手術病人手術部位感染[2018年1月新增] |
| 闌尾切除術 | SC-AntiP-07a | 闌尾切除術病人在劃刀前30分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-07b | 闌尾切除術病人在劃刀前60分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-07c | 闌尾切除術病人接受小於等於24小時預防性抗生素 |

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|-------------------|--------------|---------------------------|
| | SC-Infe-22 | 闌尾切除術病人手術部位感染[2018年1月新增] |
| 大腸直腸手術 | SC-AntiP-08a | 大腸直腸手術病人在劃刀前30分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-08b | 大腸直腸手術病人在劃刀前60分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-08c | 大腸直腸手術病人接受小於等於24小時預防性抗生素 |
| | SC-Infe-23 | 大腸直腸手術病人手術部位感染[2018年1月新增] |
| 子宮切除術 [2016年1月新增] | SC-AntiP-09a | 子宮切除術病人在劃刀前30分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-09b | 子宮切除術病人在劃刀前60分鐘內接受預防性抗生素 |
| | SC-AntiP-09c | 子宮切除術病人接受小於等於24小時預防性抗生素 |
| | SC-Infe-24 | 子宮切除術病人手術部位感染[2018年1月新增] |
| 一般病房醫療裝置相關感染 | Inpt-BSI-03 | 一般病房中心導管使用[2015年7月新增] |

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|----|-------------|--|
| | Inpt-BSI-05 | 一般病房中心導管相關血流感染(以住院人日為分母)[2018年1月新增] |
| | Inpt-BSI-06 | 一般病房中心導管相關血流感染(以中心導管使用人日為分母)[2018年1月新增] |
| | Inpt-BSI-07 | 一般病房中心導管感染發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | Inpt-VAP-03 | 一般病房呼吸器使用[2015年7月新增] |
| | Inpt-VAP-05 | 一般病房呼吸器相關肺炎(以住院人日為分母)[2018年1月新增] |
| | Inpt-VAP-06 | 一般病房呼吸器相關肺炎(以呼吸器使用人日為分母)[2018年1月新增] |
| | Inpt-VAP-07 | 一般病房呼吸器相關肺炎發生間隔的天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| | Inpt-UTI-03 | 一般病房導尿管使用[2015年7月新增] |
| | Inpt-UTI-04 | 一般病房留置導尿管相關泌尿道感染(以住院人日為分母)[2018年1月新增] |
| | Inpt-UTI-05 | 一般病房留置導尿管相關泌尿道感染(以導尿管使用人日為分母)[2018年1月新增] |

| 指標 | 指標代碼 | 操作型定義 |
|----------------|------------|----------------------------------|
| 新生兒醫療裝置使用及相關感染 | Neo-BSI-02 | 新生兒中心導管使用 |
| | Neo-BSI-04 | 新生兒中心導管相關之血流感染率[2018年1月新增] |
| | Neo-BSI-05 | 新生兒中心導管感染發生間隔天數(稀有事件)[2018年1月新增] |
| PICU 醫療裝置使用與感染 | PI-BSI-02 | 兒童加護病房中心導管使用[2013年1月新增] |
| | PI-BSI-03 | 兒童加護病房中心導管相關血流感染[2018年1月新增] |

醫院品質績效量測指標系統與落實改善試辦計畫(P4P)

一、醫院層級指標

| 架構 | 名稱 | 分子 | 分母 | 排除條件 | 計算單位 | 提報頻率 |
|--------|------------------------|-------------------------|-----------------|---|-------|------|
| 住院照護指標 | 醫療照護相關感染 | 全院醫療照護相關感染件數 | 所有住院病人人日數 | 分母排除： 排除醫院設置標準病床之慢性病床病人 | x1000 | 每月 |
| 加護病房指標 | 加護病房中心導管相關血流感染率 | 加護病房中心導管相關血流感染件數 | 加護病房中心導管使用人日數 | | x1000 | 每月 |
| 加護病房指標 | 加護病房留置導尿管相關尿路感染 | 加護病房留置導尿管相關尿路感染件數 | 加護病房留置導尿管使用人日數 | | x1000 | 每月 |
| 加護病房指標 | 加護病房呼吸器相關肺炎 | 加護病房呼吸器相關肺炎感染件數 | 加護病房呼吸器使用人日數 | | x1000 | 每月 |
| 手術照護指標 | 預防性抗生素在手術劃刀前 1 小時內給予比率 | 劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素之手術次數 | 接受預防性抗生素之所有手術次數 | 1.手術前即已接受治療性抗生素使用。 2.以 vancomycin 及 fluoroquinolone 作預防性抗生素的手術皆不列入。 3. 剖腹產產婦。 | x100 | 每月 |

| 架構 | 名稱 | 分子 | 分母 | 排除條件 | 計算單位 | 提報頻率 |
|--------|-----------------------------------|-------------------------|------------------|--|-------|------|
| 手術照護指標 | 所有接受預防性抗生素的手術病人接受小於等於 24 小時預防性抗生素 | 接受預防性抗生素小於或等於 24 小時手術次數 | 接受預防性抗生素之手術次數 | 1.手術前即已接受治療性抗生素使用。 2.以 vancomycin 及 fluoroquinolone 作預防性抗生素的手術皆不列入。 3.術中發現感染而改為治療性抗生素的手術數。 4.剖腹產產婦。 | x100 | 每月 |
| 手術照護指標 | 所有住院病人手術部位感染 | 手術部位感染件數 | 住院病人手術次數 | 分母排除 1.手術過程中病人死亡之手術。 2.腦死病人為了摘取器官而執行的手術。 | x100 | 每月 |
| 兒科照護指標 | 兒科加護病房中心導管相關血流感染率 | 兒科加護病房中心導管相關血流感染件數 | 兒科加護病房中心導管使用人日數 | | x1000 | 每月 |
| 兒科照護指標 | 兒科加護病房留置導尿管相關尿路感染 | 兒科加護病房留置導尿管相關尿路感染件數 | 兒科加護病房留置導尿管使用人日數 | | x1000 | 每月 |
| 兒科照護指標 | 兒科加護病房呼吸器相關肺炎 | 兒科加護病房呼吸器相關肺炎感染件數 | 兒科加護病房呼吸器使用人日數 | | x1000 | 每月 |

二、病人層級指標

| 架構 | 名稱 | 分子 | 分母 | 排除條件 | 計算單位 | 提報頻率 |
|------|---------------|----------------------|-----------|---|------|------|
| 重點照護 | 到院 8 小時內給予抗生素 | 肺炎病人到院 8 小時內接受第一劑抗生素 | 肺炎病人出院病人次 | 1.七項目共同排除因子 (1)小於 18 歲。 (2)病人從其他急性照護醫院轉入 (3)病人到院 48 小時內胸部 x 光顯示肺部無病灶。 (4)被納入為臨床試驗受試者。 (5)病人到院 24 小時內轉院或出院 (6)病人在到院 24 小時內死亡 (7)病人違抗醫囑自動出院(病人非病危自動出院) 2.病人在院期間未使用抗生素 3.病人在到院前 24 小時內已使用抗生素。 | x100 | 每月 |
| 重點照護 | 到院 4 小時內給予抗生素 | 肺炎病人到院 4 小時內接受第一劑抗生素 | 肺炎病人出院病人次 | 1.七項目共同排除因子 (1)小於 18 歲。 (2)病人從其他急性照護醫院轉入 (3)病人到院 48 小時內胸部 x 光顯示肺部無病灶。 (4)被納入為臨床試驗受試者。 (5)病人到院 24 小時內轉院或出院 | x100 | 每月 |

| 架構 | 名稱 | 分子 | 分母 | 排除條件 | 計算單位 | 提報頻率 |
|----|----|----|----|---|------|------|
| | | | | (6)病人在到院 24 小時內死亡 (7)病人違抗醫囑自動出院(病人非病危自動出院) 2.病人在院期間未使用抗生素 3.病人在到院前 24 小時內已使用抗生素。 | | |

中央健康保險署醫院總額醫療品質資訊

| 指標代碼 | 指標 | 指標分子、分母 |
|----------------------|---------------------------|---|
| 351 | 人工膝關節置換手術後九十日內發生手術傷口表層感染率 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 分子：分母案件中,人工膝關節置換後3個月(90天)內發生手術傷口感染之案件數。 ■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。 |
| 353.01 | 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 分子：分母案件中,人工膝關節置換後90天內發生置換物感染之案件數。 ■ 分母：當季內醫院人工膝關節置換術執行案件數。 |
| 1658 (季) 1666 (年) | 手術傷口感染率 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 分子：手術傷口感染案件數。 ■ 分母：住院手術案件數。 |

中央健康保險署醫院門診透析醫療品質指標

| 指標代碼 | 指標 | 指標分子、分母 |
|---------------------|-----------------------------------|---|
| 1998 | 血液透析- B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)轉陽率 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 分子：追蹤期間HBsAg由陰性轉為陽性(新感染)之人數。 ■ 分母：追蹤期間之陰性病人數。 |
| 2000 | 血液透析- C 型肝炎抗體(anti- HCV)轉陽率 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 分子：追蹤期間anti-HCV由陰性轉為陽性(新感染)之人數。 ■ 分母：追蹤期間之陰性病人數。 |
| 1999 | 腹膜透析- B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)轉陽率 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 分子：追蹤期間HBsAg由陰性轉為陽性(新感染)之人數。 ■ 分母：追蹤期間之陰性病人數。 |
| 2001 | 腹膜透析- C 型肝炎抗體(anti- HCV)轉陽率 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 分子：追蹤期間anti-HCV由陰性轉為陽性(新感染)之人數。 ■ 分母：追蹤期間之陰性病人數。 |
| 1459(半年) 1460(年) | 腹膜透析腹膜炎發 生率 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 分子：追蹤期間所有透析病患發生腹膜炎的總次數。 ■ 分母：追蹤期間之陰性病人數。 |

表、各項國內外監測/指標系統涉及醫療照護相關感染的指標比較

| | | 侵入性導管 | | | SSI | | 其他指標 |
|----------|-------------------|--|--------------|---------|----------------------|-----------|---|
| | | 感染密度 | 導管使用率 | 其他指標 | 感染率 | 其他指標 | |
| 美國 NHSN | | CLABSI、CAUTI、VAP(兒科)、VAE | 中心導管、導尿管、呼吸器 | SIR、SUR | | 術式別 SIR | |
| 日本 JANIS | | CLABSI、CAUTI、VAP (限 ICU，以 ICU 人日數為分母) | | 感染菌種分布 | 術式別、術式別×風險分級 | 感染菌種前 5 名 | |
| 英國 PHE | | | | | 術式別、術式別×各風險因子層級別 | | 指定病原體的血流感染(包括 MRSA、MSSA、 <i>E. coli</i> 、 <i>Klebsiella spp.</i> 、 <i>P. aeruginosa</i>) 以及 <i>C. difficile</i> 感染 (CDI) |
| 我國 | 醫院評鑑持續性監測指標品質指標 | CLABSI、CAUTI、VAP | | | 住院病人不分術式 指定術式別* | | 全院醫療照護相關感染密度 |
| | TCPI | CLABSI、CAUTI、VAP | 中心導管、導尿管、呼吸器 | | 住院病人不分術式 | | |
| | THIS | CLABSI(ICU)、CAUTI(ICU)、VAP((ICU)) | 中心導管、導尿管、呼吸器 | | | | 全院醫療照護相關感染密度 |
| | P4P | CLABSI(ICU)、CAUTI(ICU)、VAP((ICU)) | | | 住院病人不分術式 | | 全院醫療照護相關感染密度 |
| | 中央健康保險醫療服務指標(VPN) | | | | 人工膝關節置換手術(表層感染、深部感染) | | |

*包括：髖關節置換術 (TKR)、膝關節置換術 (THR)、冠狀動脈繞道手術 (CABG)、闌尾切除術、大腸直腸手術、子宮切除術

「建立醫療照護相關感染資料確效評估作業」

專家工作小組名單

| 序號 | 姓名 | 服務醫院 | 職稱 |
|----|-----|----------|-------|
| 1 | 詹明錦 | 台灣感染管制學會 | 秘書長 |
| 2 | 張瑛瑛 | 臺大醫院 | 感染管制師 |
| 3 | 田貴蓮 | 臺大醫院 | 感染管制師 |
| 4 | 黃萬翠 | 台北榮民總醫院 | 感染管制師 |
| 5 | 陳佳聘 | 台北榮民總醫院 | 感染管制師 |
| 6 | 李明玲 | 亞東紀念醫院 | 感染管制師 |
| 7 | 鍾婷鶯 | 林口長庚紀念醫院 | 感染管制師 |
| 8 | 黃惠真 | 中山醫院 | 感染管制師 |
| 9 | 施智源 | 臺中榮民總醫院 | 感染科醫師 |
| 10 | 黃佩萱 | 臺中榮民總醫院 | 感染管制師 |
| 11 | 賴惠雯 | 彰化基督教醫院 | 感染管制師 |
| 12 | 陳盈伶 | 奇美醫院 | 感染管制師 |
| 13 | 陳月汝 | 高雄榮民總醫院 | 感染管制師 |
| 14 | 洪靖慈 | 高雄醫學大學附設 | 感染管制師 |
| 15 | 陳常梅 | 高雄長庚紀念醫院 | 感染管制師 |
| 16 | 林蔚如 | 義大癌治療醫院 | 感染科醫師 |
| 17 | 吳宛靜 | 成大醫院 | 感染管制師 |
| 18 | 江惠莉 | 花蓮慈濟醫院 | 感染管制師 |

衛生福利部疾病管制署 函

機關地址：10050台北市中正區林森南路6號
承辦人：張淑玲
電話：23959825#3895
電子信箱：ling@cdc.gov.tw

10050

臺北市中正區林森南路6號

受文者：本署感染管制及生物安全組

發文日期：中華民國109年6月24日

發文字號：疾管感字第1090500248號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：會議紀錄1份

主旨：檢送「醫療照護相關感染資料確效專案小組第1次會議」
會議紀錄1份，請查照。

正本：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制師、
李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、黃惠真感染管制師、賴惠雯感染管制
師、陳盈伶感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳常梅感染
管制師、陳立穎感染管制師、施智源醫師、林蔚如醫師、陳澄淳感染管制師、
吳宛靜感染管制師、江惠莉感染管制師、田貴蓮感染管制師

副本：

抄本：本署感染管制及生物安全組

郵寄：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制
師、李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、黃惠真感染管制師、賴惠雯感
染管制師、陳盈伶感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳
常梅感染管制師、陳立穎感染管制師、施智源醫師、林蔚如醫師、陳澄淳感
染管制師、吳宛靜感染管制師、江惠莉感染管制師、田貴蓮感染管制師。

人工傳遞：

本署感染管制及生物安全組。

醫療照護相關感染收案確效專案小組第 1 次會議 會議紀錄

會議日期：109 年 6 月 13 日(星期六)上午 10 時

會議地點：臺大醫院感染管制中心 715 會議室

壹、主席致詞：略

貳、提案討論：

提案一、醫療照護相關感染部位確效推行順序與驗證方式討論。

決議：

經會議多方討論後，目前參考明確定義之 NHSN Toolkit 中六部位：

1、2019 Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) in validation locations；2、2019 Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) in validation locations；3、Surgical Site Infection (SSI) following 2019 Colon (COLO) Procedure；4、Surgical Site Infection (SSI) following 2019 Abdominal Hysterectomy (HYST) Procedure；5、2019 Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) Bacteremia LabID Event；6、2019 Clostridioides difficile Infection (CDI) LabID Event，選定 CLABSI 進行確效驗證，視推行狀況再推行至其他部位，若是在 CLABSI 驗證同時，可以同時併行 MRSA Bacteremia LabID Event。

提案二、醫療照護相關感染確效文件之分工與撰寫。

決議：

為使整體驗證文件完備參考，擬將「NHSN 2019 Toolkit and Guidance for External Validation」進行原文翻譯，由所有小組成員共同分工合作，相關分配工作如附表，預計一個月完成，同時將詢問疾管署是否有翻譯稿費。

提案三、醫療照護相關感染確效實地醫院訪視評選討論。

決議：

待 NHSN Toolkit 翻譯完畢後，並將內容討論與表格製作達共識後，初步選定 3-5 家醫學中心進行確效實地驗證，請疾管署先提供各家醫院 CLABSI 感染率之 SIR，供選定醫院之依據，再進行評選。

參、臨時動議：

考量疾管署提供各醫院 CLABSI 數值可能有難處，煩請各家醫院儘可能檢視 THAS 系統 106-108 年度 CLABSI SIR 數值，於下次會議提供以作為大家未來選定試行醫院參考。

附表一、「建立醫療照護相關感染資料確效評估作業」

文件分工表

| 序號 | 姓名 | 服務醫院 | 職稱 | 範圍 | 頁數 |
|----|-----|----------|-------|--|----|
| 1 | 詹明錦 | 台灣感染管制學會 | 秘書長 | 校閱 | |
| 2 | 張瑛瑛 | 臺大醫院 | 感染管制師 | ABOUT THE 2019 NHSN EXTERNAL VALIDATION GUIDANCE AND TOOLKIT P.1-P.4(含封面) | 4 |
| 3 | 田貴蓮 | 臺大醫院 | 感染管制師 | Abbreviations, Terms, and Acronyms Used in this Document P.5-P.7 | 3 |
| 4 | 黃萬翠 | 台北榮民總醫院 | 感染管制師 | CHAPTER 1 + CHAPTER 2(2.1) P.8-P.11(加 P12 一點點) | 4 |
| 5 | 陳佳聘 | 台北榮民總醫院 | 感染管制師 | CHAPTER 2(2.2-2.4) P.12-P.14(加 P15 一點點) | 4 |
| 6 | 李明玲 | 亞東紀念醫院 | 感染管制師 | CHAPTER 2(2.5-2.8) P.15-P.17 | 3 |
| 7 | 林蔚如 | 義大癌治療醫院 | 感染科醫師 | CHAPTER: 3 P.18-P.37 | 20 |
| 8 | 鍾婷鶯 | 林口長庚紀念醫院 | 感染管制師 | CHAPTER 4 P.38-P.40 | 3 |
| 9 | 黃惠真 | 中山醫院 | 感染管制師 | CHAPTER 5 REFERENCES(不用翻譯) P.43-P.45(P.46-P.47 不用翻) | 3 |
| 10 | 施智源 | 臺中榮民總醫院 | 感染科醫師 | 校閱 | |
| 11 | 黃珮萱 | 臺中榮民總醫院 | 感染管制師 | APPENDIX 1: LETTER TEMPLATES(1.1) P.48-P.51 | 4 |
| 12 | 賴惠雯 | 彰化基督教醫院 | 感染管制師 | CHAPTER 4 P.41-P.42 APPENDIX 1: LETTER TEMPLATES(1.3) P.52-P.53 | 4 |
| 13 | 陳盈伶 | 奇美醫院 | 感染管制師 | APPENDIX 2: SURVEILLANCE SURVEYS (2.1) | 6 |

| | | | | | |
|----|-----|------------|-------|--|---|
| | | | | P.54-P.61(八頁扣兩頁空白，主要是表格，已有可參考內容) | |
| 14 | 陳月汝 | 高雄榮民總醫院 | 感染管制師 | APPENDIX 2: SURVEILLANCE SURVEYS (2.2)(扣 MRSA、CD) P.62-P.65(主要是表格) | 4 |
| 15 | 洪靖慈 | 高雄醫學大學附設醫院 | 感染管制師 | APPENDIX 2: SURVEILLANCE SURVEYS (2.2)MRSA、CD) P.66-P.67 APPENDIX 3: SURVEILLANCE SURVEYS (3.1、3.2) P.68-P.69 | 4 |
| 16 | 陳常梅 | 高雄長庚紀念醫院 | 感染管制師 | APPENDIX 3: SURVEILLANCE SURVEYS (3.3) P.70-P.74(主要是表格) | 5 |
| 17 | 陳立穎 | 三軍總醫院 | 感染管制師 | APPENDIX 3: SURVEILLANCE SURVEYS (3.4) P.75-P.80(主要是表格) 綜整 | 6 |
| 18 | 吳宛靜 | 成大醫院 | 感染管制師 | APPENDIX 3: SURVEILLANCE SURVEYS (3.5、3.6) P.81-P.83 | 3 |
| 19 | 江惠莉 | 花蓮慈濟醫院 | 感染管制師 | APPENDIX 4: P.84-P.86 | 3 |

衛生福利部疾病管制署 函

機關地址：10050台北市中正區林森南路6號
承辦人：張淑玲
電話：23959825#3895
電子信箱：ling@cdc.gov.tw

10050

臺北市中正區林森南路6號

受文者：本署感染管制及生物安全組

發文日期：中華民國109年9月29日

發文字號：疾管感字第1090500378號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：會議紀錄1份

主旨：檢送「醫療照護相關感染資料確效專案小組第2次會議」
會議紀錄1份，請查照。

正本：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制師、
李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、黃惠真感染管制師、賴惠雯感染管制
師、陳盈伶感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳常梅感染
管制師、施智源醫師、林蔚如醫師、黃佩萱感染管制師、吳宛靜感染管制師、
江惠莉感染管制師、田貴蓮感染管制師

副本：

抄本：本署感染管制及生物安全組

郵寄：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制
師、李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、黃惠真感染管制師、賴惠雯感
染管制師、陳盈伶感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳
常梅感染管制師、施智源醫師、林蔚如醫師、黃佩萱感染管制師、吳宛靜感
染管制師、江惠莉感染管制師、田貴蓮感染管制師。

人工傳遞：

本署感染管制及生物安全組。

醫療照護相關感染資料確效專案小組

第 2 次會議會議紀錄

時間：109 年 9 月 22 日（星期二）下午 13 時 30 分

地點：三軍總醫院 306 會議室

主席：詹明錦秘書長

紀錄：陳佳聘

出席人員：如簽到單

壹、主席致詞（略）

貳、提案討論

- 一、醫療照護相關感染確效文件撰寫審查分工與校正，
提請討論。

決定：

- (一)依據前次會議分工章節，已將美國 NHSN 公布之「2019 External Validation Guidance and Toolkit」確效之原文翻譯成中文，編修作業以分組方式協助完成，委員分組如下(序位第一為該組負責人):
 1. 第一組：陳佳聘感管師、張瑛瑛感管師、田貴蓮感管師、鍾婷鶯感管師、李明玲感管師、黃萬翠感管師、江惠莉感管師
 2. 第二組：黃珮萱感管師、施智源醫師、黃惠真

感管師、賴惠雯感管師、詹明錦秘書長

3. 第三組：陳月汝感管師、林蔚如醫師、洪靖慈感管師、陳常梅感管師、陳盈伶感管師、吳宛靜感管師

(二) 各組可視需要於本(109)年10月30日前召開1-2次分組會議；會前請提供會議時間、地點及議程等予疾管署，以利寄發開會通知，會後請提供會議紀錄、簽到單及領據等資料，以利辦理核銷。另請各組負責人將編修內容提交予詹明錦秘書長，以利辦理彙整事宜。

(三) 本計畫以 CLABSI 做為優先推行之項目，請各位委員先規劃完成 CLABSI 相關章節編修作業。

二、各醫院 SIR 數值討論與醫院實地訪視名單，提請討論。

決定：

- (一) 考量醫療照護相關感染新版定義於 2018 年開始實施，初期各家醫院感染管制人員尚在適應階段，可能影響醫療照護感染收案的一致性，故以 2019 年各醫院提供之 CLABSI 實際感染

與導管人日數計算之 SIR，做為選擇試行醫院之參考依據，將各家醫院 2019 年之 CLABSI 預期感染個案數由大到小排序後，選取 SIR 最大與最小之醫院各兩家，以及 SIR 最接近 1 的醫院一家，共計 5 家醫院。

(二)5 家試行醫院及預定訪查委員名單，感謝大家的配合，實地確效訪視時間都已確認，每梯次會視情況由施智源主任或林蔚如主任陪同前往：

1. 臺大醫院：黃萬翠感管師、鍾婷鶯感管師、李明玲感管師、陳佳聘感管師
2. 高雄榮民總醫院：洪靖慈感管師、陳常梅感管師
3. 中山醫學大學附設醫院：黃佩萱感管師、賴惠雯感管師
4. 高雄醫學大學附設醫院：黃惠真感管師、吳宛靜感管師
5. 花蓮慈濟醫院：陳月汝感管師、田貴蓮感管師

三、實地醫院訪視行政作業流程與方式，提請討論。

決定：

(一)預定於 11 月中旬完成醫院訪查，執行 HAI 通報資料確效時，原則以 2019 年 7 至 9 月所有成人 ICU 血液培養陽性個案於住院期間之相關病歷、護理紀錄、用藥、檢驗、檢查等相關資料，每一家醫院至少完成 60 筆病歷資料抽查，其中至少包括 20 筆通報 CLABSI 個案資料，若不足，則由醫院調整或延長住院期間。

(二)實地訪視確效醫院請提供委員訪視所需之病歷及過去收案資料供訪視委員進行比對，先期作業將由疾病管制署函文醫院進行後續相關事項配合，函文內容提供確效病歷抽審場地與設備、陪同感染管制人員、協助茶水及餐點訂購等。

四、有關醫療照護相關感染資料確效專案小組第 3 次會議時間與議程，提請討論。

決定：下次會議預定於 10 月 30 日下午 2 時假台中榮民總醫院召開，辦理醫療照護相關感染資料確效實地作業共識會議，請參與實地確效之委員務必出席。

參、散會：下午 16 時 30 分

衛生福利部疾病管制署 函

機關地址：10050台北市中正區林森南路6號
承辦人：張淑玲
電話：23959825#3895
電子信箱：ling@cdc.gov.tw

10050

臺北市中正區林森南路6號

受文者：本署感染管制及生物安全組

發文日期：中華民國109年11月13日

發文字號：疾管感字第1090500437號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：會議紀錄1份

主旨：檢送「醫療照護相關感染資料確效專案小組第3次會議」
會議紀錄1份，請查照。

正本：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制師、
李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、黃惠真感染管制師、賴惠雯感染管制
師、陳盈伶感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳常梅感染
管制師、施智源醫師、林蔚如醫師、黃佩萱感染管制師、吳宛靜感染管制師、
江惠莉感染管制師、田貴蓮感染管制師

副本：

抄本：本署感染管制及生物安全組

郵寄：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制
師、李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、黃惠真感染管制師、賴惠雯感
染管制師、陳盈伶感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳
常梅感染管制師、施智源醫師、林蔚如醫師、黃佩萱感染管制師、吳宛靜感
染管制師、江惠莉感染管制師、田貴蓮感染管制師。

人工傳遞：

本署感染管制及生物安全組。

醫療照護相關感染資料確效專案小組

第 3 次會議會議紀錄

時 間：109 年 10 月 30 日（星期五）下午 14 時

地 點：台中榮民總醫院研究大樓一樓貴賓室

主 席：詹明錦秘書長

紀 錄：陳佳聘

出席人員：如簽到單

壹、主席致詞（略）

貳、提案討論

一、醫療照護相關感染確效文件初稿審視，提請討論。

決定：

(一)感謝各位委員協助將美國 NHSN 公布之「2019

External Validation Guidance and Toolkit」確效之

原文翻譯成中文並完成彙整。

(二)由於本計畫以 CLABSI 做為優先推行之項目，

請各組再次確認 CLABSI(第 3 章、附錄 3)翻譯

內容正確性。部分內容圖示是以螢幕截圖方式呈

現，暫不翻譯中文。

(三)請各組負責人將編修內容交予詹明錦秘書長，以

利辦理彙整事宜。

二、醫療照護相關感染確效實地訪視共識，提請討論。

決定：

- (一) 此次訪視為 2019 年 7 至 9 月 HAI-CLABSI 通報資料確效，請受訪醫院提供 2019 年 7 至 9 月所有成人 ICU 血液培養陽性個案報告 EXCEL 檔(如附件 1)至少 60 筆，其中至少包括 20 筆通報 CLABSI 個案資料。如不足 60 筆，請提供其他月份資料至總筆數 60 筆以上，提供月份順序為：2019 年 7-9 月(如不足 60 筆)→10 月→6 月→11 月→5 月依此類推。
- (二) 請受訪醫院提供委員訪視所需之病歷(病程紀錄、護理紀錄、用藥、檢驗、檢查等)相關資料及過去收案資料供訪視委員進行比對。
- (三) 本次訪查以中心導管相關血流感染為主，「續發性血流感染」請受訪醫院自行提出佐證資料即可。
- (四) 黏膜屏障損傷之血流感染 (MBI-LCBI)較易被忽略，提醒各位委員注意。

三、醫療照護相關感染確效實地訪視表單資料填寫說明，
提請討論。

決定：

- (一) 受訪醫院提供血液培養陽性個案報告 EXCEL 檔，欄位增加「醫院通報部位」及「感染日期(DOE)」以利委員比對。「工作號/檢體編號」因考量各家醫院資料檔不同，視醫院狀況提供。
- (二) 修訂「中心導管相關血流感染收案確效實地查核表」，為利資料輸入，將改以下拉式選單格式，供委員現場查核並鍵入電子檔，訪查結束後寄予秘書長彙整。表格增加 MBI-LCBI 相關資訊。
- (三) 「外部確效調查總表」中第 2 點分子資料確效表格修改為所有符合 CLABSI 個案數。第 3 點分母資料確效，資料抽樣期間為 2019 年 7 至 9 月。病房維護資料確效，可視醫院狀況填寫，如對通報疾管署 THAS 系統上有相關建議也可填寫。

參、散會：下午 16 時

衛生福利部疾病管制署 開會通知單

10050

臺北市中正區林森南路6號

受文者：本署感染管制及生物安全組

發文日期：中華民國109年11月11日

發文字號：疾管感字第1090500436號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：議程

開會事由：醫療照護相關感染收案確效專案小組第4次會議

開會時間：109年11月18日（星期三）下午4時

開會地點：臺大醫院715會議室

主持人：詹明錦秘書長

聯絡人及電話：張淑玲 23959825#3895

出席者：張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制師、李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、黃惠真感染管制師、賴惠雯感染管制師、陳盈伶感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳常梅感染管制師、施智源醫師、林蔚如醫師、黃佩萱感染管制師、吳宛靜感染管制師、江惠莉感染管制師、田貴蓮感染管制師

列席者：

副本：

抄本：本署感染管制及生物安全組

郵寄：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制師、李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、黃惠真感染管制師、賴惠雯感染管制師、陳盈伶感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳常梅感染管制師、施智源醫師、林蔚如醫師、黃佩萱感染管制師、吳宛靜感染管制師、江惠莉感染管制師、田貴蓮感染管制師。

人工傳遞：

本署感染管制及生物安全組。

衛生福利部疾病管制署 函

機關地址：10050 台北市中正區林森南路6號
承辦人：張淑玲
電話：23959825#3895
電子信箱：ling@cdc.gov.tw

10050

臺北市中正區林森南路6號

受文者：本署感染管制及生物安全組

發文日期：中華民國109年10月29日

發文字號：疾管感字第1090500416號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：實地確效評估作業行程表

主旨：邀請台端擔任「醫療照護相關血流感染資料確效評估試辦作業」外部評核委員，協助至試辦醫院進行實地確效評估作業，請查照。

說明：

- 一、我國醫療照護相關感染新版定義自107年起正式適用，考量本監測定義係自98年以來首次大幅度更新，為提升收案一致性及進行實務交流，將建立醫療照護相關血流感染資料確效評估作業納入本署「醫療與照護機構感染管制資訊加值應用研究」試辦，相關執行成果將提供後續政策制定評估作業之參考。
- 二、有關本（109）年度醫療照護相關血流感染資料確效評估試辦作業，目前安排於本年11月上旬至5家醫學中心進行實地確效評估，預定執行日期如附件。
- 三、為凝聚對本年度醫療照護相關血流感染資料確效評估作業之共識，謹訂於本年10月30日假臺中榮民總醫院辦理共識會議（開會通知已於本年10月12日以疾管感字第1090500383號諒達），請參與實地確效之委員務必出席。

正本：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制師、李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、賴惠雯感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳常梅感染管制師、林蔚如醫師、黃佩萱感染管制師、吳宛靜感染管制師、田貴蓮感染管制師

副本：

抄本：本署感染管制及生物安全組

郵寄：詹明錦秘書長、張瑛瑛感染管制師、黃萬翠感染管制師、陳佳聘感染管制師、李明玲感染管制師、鍾婷鶯感染管制師、賴惠雯感染管制師、陳月汝感染管制師、洪靖慈感染管制師、陳常梅感染管制師、林蔚如醫師、黃佩萱感染管制師、吳宛靜感染管制師、田貴蓮感染管制師。

人工傳遞：

本署感染管制及生物安全組。



訂

線

2019 年美國國家醫療安全網絡
(National Healthcare Safety Network ,NHSN)
外部驗證指引及工具包



本文件係引用美國 2019 年國家醫療安全網絡 (National Healthcare Safety Network ,NHSN) 提供之工具包及外部驗證指引，用於驗證下列醫療照護相關感染事件，包括

- 中心導管相關血流感染 (Central Line-Associated Bloodstream Infection, CLABSI)
- 導尿管相關泌尿道感染 (Catheter-Associated Urinary Tract Infection, CAUTI)
- 結腸 (COLO) 手術之手術部位感染 (Surgical Site Infection, SSI)
- 腹部子宮切除術 (Abdominal Hysterectomy ,HYST) 之手術部位感染 (Surgical Site Infection, SSI)
- 對methicillin具抗藥性之金黃色葡萄球菌 (Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* ,MRSA) 菌血症實驗室證實事件 (LabID Event)
- 困難梭狀桿菌感染 (*Clostridioides difficile* Infection, CDI) 實驗室證實事件 (LabID Event)

目 錄

| | |
|--|----|
| 關於 2019 年 NHSN 外部驗證指引和工具包..... | 4 |
| 第 1 章：概述及驗證標準..... | 9 |
| 第 2 章：進行 NHSN 驗證的指引..... | 10 |
| 2.1 確認或更新 NHSN 驗證員的專業知識..... | 11 |
| 2.2 選擇機構的方法..... | 12 |
| 2.3 建立機構與國家衛生部門之間安全數據傳輸的機制..... | 13 |
| 2.4 開發醫療記錄取樣架構，以驗證每個選定的醫療照護相關感染，並確認 SSI 分母之完整..... | 13 |
| 2.5 通知機構提供實驗室證實事件(LabID Event)報告清單..... | 15 |
| 2.6 選擇醫療記錄（將在第 3 章和第 4 章中討論）..... | 15 |
| 2.7 進行醫療記錄審查前，先從 NHSN 下載（“凍結”）相關醫療報告及數 據..... | 15 |
| 2.8 訪視前請受訪機構預先備妥相關醫療記錄..... | 17 |
| 第 3 章：方法 1-機構及醫療記錄取樣：優先考慮具有最高相似性事件的機 構..... | 18 |
| 3.1 機構最小樣本數的選定..... | 18 |
| 3.2 機構排序的計算方法..... | 18 |
| 3.3 機構排序和選擇的操作步驟..... | 20 |
| 3.4..... | 31 |
| 3.5 醫療記錄驗證步驟..... | 33 |
| 第 4 章：方法 2-使用累積屬性可比性（CUMULATIVE ATTRIBUTABLE DIFFERENCE , CAD）方法進行機構和醫療記錄的目標抽樣..... | 39 |
| 4.1 機構選擇的排序算法..... | 39 |
| 4.2 醫療記錄選擇概述..... | 48 |
| 第 5 章：實地驗證過程及驗證後的活動..... | 49 |
| 參考文獻..... | 53 |
| 附錄 1：相關範例..... | 55 |
| 附錄 1.1：進行機構實地驗證及要求機構提供相關資料清單範例..... | 55 |
| 附錄 1.2：要求機構提供醫療記錄供審查的範例..... | 59 |
| 附錄 1.3：驗證結果回覆單..... | 60 |
| 附錄 2：監視調查..... | 62 |
| 附錄 2.1：外部驗證數據表..... | 62 |
| 附錄 2.2：(可選) 外部驗證結果差異表..... | 73 |
| 附錄 3：監視調查..... | 80 |
| 附錄 3.1：電子化 CLABSI / CAUTI 分母驗證表..... | 80 |
| 附錄 3.2：手動式 CLABSI / CAUTI 分母驗證(訪談)表..... | 82 |
| 附錄 3.3：CLABSI 和 CAUTI 分母計數調查表..... | 83 |
| 附錄 3.4：手術程序(分母)和 SSI 監視方法調查表..... | |
| 附錄 3.5：實驗室證實事件(LabID Event)監視方法調查表..... | |
| 附錄 3.6：全機構住院病人實驗室證實事件(LabID Event)分母驗證表..... | |
| 附錄 4：問與答..... | |

關於 2019 年 NHSN 外部驗證指引和工具包

2019年 NHSN外部驗證指引和工具包為NHSN數據驗證提供了指南。與2017年一樣，美國疾病控制及預防中心(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)提供了用於驗證六種醫療照護相關感染 (HAI) 指標的指引和工具，包括：中心導管相關血流感染 (CLABSI)、導尿管相關泌尿道感染 (CAUTI)、某些手術部位感染：結腸手術 (COLO) 和腹部子宮切除術 (HYST)、對methicillin具抗藥性之金黃色葡萄球菌 (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus ,MRSA) 菌血症實驗室證實事件(LabID Event)、以及困難梭狀桿菌感染 (Clostridiodes difficile Infection, CDI) 實驗室證實事件(LabID Event)等。 CLABSI和CAUTI的外部驗證指引和工具包用於包括急性醫療在內的醫院及長期照護機構；除急性醫院外，CLABSI的驗證也適用於長期急性醫院 (long-term acute care hospitals ,LTAC)；CAUTI的驗證也適用於長期急性醫院 (LTAC)和住院復健機構 (inpatient rehabilitation facilities ,IRF)。驗證的目的是透過識別、理解和糾正問題來確保高品質的監測數據。方法則是由州政府衛生部門或其他監督機構，針對醫療機構提報的 NHSN 監測數據進行外部驗證。各醫療機構也可以透過以下網站 <http://www.cdc.gov/nhsn/validation/index.html>，自行進行機構內部提報 NHSN 監測數據之驗證。

開發用於 HAI 數據驗證的標準方法，對於確保全國性的數據品質並提高使用 NHSN 數據的公平性非常重要，故需透過遵循一致性的標準來確保數據之可靠性。 NHSN 提供的外部驗證標準旨在藉由訓練有素的驗證員及一致性的審核標準，確保醫療機構能正確運用 NHSN 監視定義和方法，以提供的正確的監測數據。由州政府衛生部門和其他外部驗證員，使用機構性質和病歷紀錄兩種取樣方法，根據驗證的優先順序進行驗證程序。

相對於更具代表性的隨機樣本，從目標樣本(targeted sampling)獲得的指標準確性 (例如，靈敏度和特異性) 可能會降低，儘管外部驗證過程可能是一種更簡單、更有效的方法，但目標採樣(targeted sampling)方式可能會有代表性不足的問題。

意見回饋：NHSN 驗證方法正在開發中，使用者之寶貴意見，將有助於快速改善此驗證方法。請將任何改進意見或建議直接發送到 NHSN 幫助平台：NHSN@cdc.gov。

致謝

本文件的內容均依照參與驗證的各州機構提供之意見進行修正，並由美國疾病控制及預防中心 (CDC) 認可。

Abbreviations, Terms, and Acronyms Used in this Document

| | |
|-------------------------|--|
| 無症狀細菌性尿路感染* (ABUTI*) | (NHSN) 無症狀細菌性泌尿道感染，不一定與導尿管相關(導尿管相關泌尿道感染)。 |
| 入院/出院/轉出 (ADT) | 入院/出院/轉出(核心設備數據系統) |
| 嬰兒收治場所 | <1 歲嬰兒照護場所最高比例，包含新生兒托嬰所、新生兒加護病房及 LDRP 場所。 |
| 血流感染 (BSI) | 血流感染 |
| 導尿管相關泌尿道感染 (CAUTI*) | (NHSN) 以留置導尿管放置日為導尿管使用第1天，泌尿道感染日期當日，病人已使用留置導尿管超過2個日曆天，且在泌尿道感染日期當日或前1天，仍有使用留置導尿管。如果留置導尿管放置時間超過2個日曆天後移除，則泌尿道感染日期必須是移除當日或次日，才能算與導管相關。 |
| 醫療保險和醫療補助服務中心認證編號 (CCN) | 醫療保險和醫療補助服務中心認證編號，即設備識別碼 |
| 疾病控制與預防中心 (CDC) | 疾病控制與預防中心 |
| 困難梭狀桿菌感染 (CDI) | 困難梭狀桿菌感染 |
| 首席執行長 (CEO) | 首席執行長 |
| 中心導管 (CL) | 中心導管 |
| 中心導管相關血流感染* (CLABSI*) | (NHSN) 中心導管相關血流感染，即實驗室證實之血流感染，其中鑑定出符合血流感染的病原體，且感染當日或前 1 日有中心導管留置。 |
| 醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) | 醫療保險和醫療補助服務中心 |
| C-SUITE | 高階主管辦公室，如醫療機構的首席執行長 (CEO) 或醫療首長 (CMO) |
| 感染日期 (DOE) | 在感染收案期的 7 天內，第一次出現符合 NHSN 特定感染部位收案標準的感染日期 |
| DELTA 計數* | (依據 NHSN 指引) 預測事件與觀察事件之間的絕對差 |
| 深部切口之手術部位感染 (DI SSI*) | (NHSN) 深部切口之手術部位感染 |
| 出生日期 (DOB) | 出生日期 |
| 醫療部門 (DOH) | 醫療部門 |
| 急診 (ED) | 急診 |
| 電子病歷 (EMR) | 電子病歷 |
| 照護系統 | 醫療機構在特定時段內提供病人之所有醫療服務。對於醫療照護相關感染監視，指單次住院病人，包括急診病人就診安排住院 |
| 外部驗證 | 外部機構進行調查和記錄審查流程，以確認 NHSN 監 |

| | |
|------------------|--|
| | 視和報告的品質 |
| FacWideIN* | (NHSN) 全院住院病人，以實驗室證實事件報告的監測方式，包括急診和觀察單位。 |
| 導尿管 | 留置尿道(泌尿)導管 |
| 腸胃 (GI) | 腸胃系統醫療照護相關感染 |
| 醫療照護相關感染* (HAI*) | (NHSN) 醫療照護相關感染，即病人感染日期是在住院第 3 天或之後 (以入院當日為住院第 1 天)，則此感染稱之為醫療照護相關感染。感染標準的條件必須全部在“感染收案期”內發生。 |
| 腹腔內感染* (IAB*) | (NHSN) 腹腔內醫療照護相關感染，為腸胃道次部位感染 |
| 加護病房 (ICU) | 加護病房 |
| 留置導尿管* | (NHSN) 經尿道插入膀胱並留置的引流管，管路末端與引流袋連接，又稱為導尿管。可用於引流和/或灌洗。不包括尿套式導尿管、單次導尿、腎造口管和恥骨上導管。 |
| 感染收案期* | 所有特定感染部位標準應於 7 天內發生，包括得到第一個陽性診斷之檢測日期作為特地部位感染標準之條件，及其前後 3 日。 |
| 住院病人手術* | (NHSN) 手術病人入院日期與出院日期不同 |
| 內部驗證 | 報告機構積極努力確認 NHSN 資料的完整性和準確性 |
| 感染預防 (IP) | 感染預防 |
| 資訊技術 (IT) | 資訊技術 |
| 實驗室證實事件 | (NHSN) 使用實驗室結果數據開發的一種用於感染監測的措施，不需要大量的臨床文檔，並且易於電子報告 |
| LCBI 1,2,3* | (NHSN) 實驗室證實之血液感染的判定標準 |
| LDRP | 人工，分娩，恢復和產後，NHSN 在急性照護機構中的設置方式 |
| 住院時間 (LOS) | 住院時間(天) |
| 醫療紀錄 | 該記錄系統，記錄醫療提供者管轄內跨時間的單個患者之病史和護理情況。出於抽樣目的，病歷指單一機構的住院病人 (隨著時間的推移可能包括許多醫療照護經歷)。 |
| 病歷號 (MRN) | 病歷號 |
| MRSA, MSSA | 抗 Methicillin 金黃色葡萄球菌(Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>) 及對 Methicillin 敏感性之金黃色葡萄球菌(Methicillin-susceptible <i>Staphylococcus aureus</i>) |
| 新生兒加護病房 (NICU) | 新生兒加護病房 |
| 鼻咽 (NP) | 鼻咽 |
| 國家醫療安全網絡 (NHSN) | 國家醫療安全網絡 |
| 觀察地點 | 臥床病人的照護地點，指定給正在觀察的病人，這是 |

| | |
|-------------------------|---|
| | 門診狀態的一種形式。觀察的目的是讓醫師有時間決定是否應該收治病入，如果可以，則將病人儘速移至最合適的位置，即安排住院或准許回家。 |
| 觀察病人 | 正在進行短期治療，評估和重新評估病人的狀況，同時決定是否需要入院。觀察病人可能在留觀地點或住院地點暫用病位。如果安置在住院地點，則他們將包括在該地點執行的所有住院監視。 |
| 機構辨識碼* (OrgID*) | (NHSN) NHSN 機構辨識碼 |
| 器官/腔室手術部位感染* (O/S SSI*) | (NHSN) 器官/腔室手術部位感染 |
| 病人天數 | (NHSN) 每天在指定的時間，計數住院病人（住院病人和觀察病人）所在地點的病人數，每月加總為分母。提供報告導管相關感染（中心導管相關血流感染、導尿管相關泌尿道感染、呼吸器相關事件）和實驗室證實事件。 |
| 出院後監視 (PDS) | 出院後監視 |
| 入院時已感染* (POA*) | (NHSN) 出現在入院時。如果感染事件的日期發生在入院當日、入院前 2 天或入院次日，並且醫療照護者將符合醫療照護相關感染特定標準記錄在病歷中，則稱之為入院時已發生的感染(POA)。POA 感染不應報告為醫療照護相關感染，而且 POA 不適用於手術部位感染、呼吸器相關事件或實驗室證實事件。 |
| 原發性感染* | (NHSN)原發性感染 (請參閱第二部分) |
| 概率樣本 | 基於隨機或機會的樣本，計算總體人口的信賴區間。 |
| 目的樣本 | 基於目的而採集的樣本（另請參閱目的樣本） |
| 品質改善組織 (QIO) | 品質改善組織 |
| 續發性血流*感染 | (NHSN)續發性血流感染是指從另一個身體部位的特定感染部位感染(請參閱 NHSN PSC 手冊：血流感染附錄 B。續發性血流感染指引 (Ch-4)，CDC / NHSN 監視定義特定感染類型[章節-17]，泌尿道感染[章節-7]，肺炎 (章節-6) 和手術部位感染 (章節-9) (請參閱原發性) |
| 標準化感染* (SIR*) | (NHSN)標準化感染比 |
| 表淺切口之手術部位感染* (SI SSI*) | (NHSN)表淺切口之手術部位感染 |
| 手術部位感染* (SSI*) | (NHSN)手術部位感染 |
| 有症狀泌尿道感染* (SUTI*) | (NHSN)有症狀泌尿道感染 |
| 目標樣本 | 在本文檔中，針對有較高醫療照護相關感染風險的機構或有較高風險的醫療照護相關感染錯誤分類之醫療記錄，採取目的樣本（另請參閱目的樣本） |
| 導尿管* | (NHSN) 參見留置尿道(泌尿)導管 |
| 泌尿系統感染* (USI*) | 泌尿系統感染（以前稱為 OUTI） |

| | |
|-----------------|--|
| 泌尿道感染 (UTI) | 泌尿道感染 |
| 三分位數 | 最低、中等或最高的三分之一 |
| 呼吸器相關事件* (VAE*) | (NHSN) 呼吸器相關事件。一種客觀的監視算法，可以辨識在機械換氣的成年病人中發生的各種狀況和併發症 (包括但不限於肺炎)。NHSN 病人安全組件手冊第 10 章詳細介紹 |
| 驗證 | NHSN 監視數據報告，經驗證符合預期的規範和品質 |

*(NHSN) 用詞與定義依據 NHSN

第 1 章：2019 確效標準概述

確效(Validation)可以定義為確認或確保資料符合預期的特性和屬性品質。確效應確保醫療照護相關感染 (HAIs) 通報之三個面項(領域)的品質：分母、分子和風險調整變項。

為何要做確效？

國家醫療安全網絡 (NHSN) 自願推展機要(保密)的 HAI 通報系統，用於引導醫院進行 HAI 的監測、基準測試和品質改善。自 2006 年以來，NHSN 資料庫被州際和聯邦機構用於公開報導的目的，並越來越多用於透過付款機制激勵品質改善。這些新的用途提高了數據完整和準確的重要性。醫院董事會，行政人員和臨床領導者需要信任自己機構的數據來評估表現(績效)、管理數據變化以及知道在通報時其他機構也遵循著相同的高標準。消費者希望被告知有關醫療保健相關的公開數據是有意義的。這些要求非常具挑戰性，因為 NHSN 定義很複雜，且可能涉及來自多家醫院資訊系統的追蹤和關連性訊息（例如實驗室，住院和臨床數據）；由多名員工配合收集數據、解釋和輸入資料；有時需要主觀解釋，所有這些都有機會帶來變數。這些複雜的狀況將隨著 NHSN 確效方法的發展、電子病歷的使用增加以及通報需求擴大而不斷改變。

在使機構“看起來很好”的強烈誘因下，有意義的外部確效對於確保 NHSN 監測符合預期的要求至關重要；通報機構的結果是否適當、NHSN 數據是否可靠以及 NHSN 監測的重點將是更好的病人照護和疾病預防。在缺乏有意義的外部確效情況下，健康照護機構可能無法認證或通報 HAIs。這不需要公開的比較(比賽)，因為各機構的付出、資源和做法(執行)的差異會導致監測偏差（“你沒看到的比你發現的多”）和評估偏差（“我們傾向於看到想要看的東西”）。例如，對通報造成障礙的監測方法（如，需要多個通報者的同意或在通報之前徵得當局許可）導致低估疾病發生並未改善到病人安全。為了提供公平的機構間比較，必須有足夠的資源並遵守標準監測和通報方法，優化數據的準確性和完整性，並適當地對病人組合(patient mix)進行風險調整。

確效並不是避免 HAIs 收案的策略，而是確保所通報至 NHSN 的數據是可行的，是努力推動改善感染管制的重要步驟。準確、高品質的 NHSN 數據對於預防感染計畫(對於優先順序和衡量預防工作的影響)是重要的。此外，地方、州際和聯邦各級的公共衛生機構都需要這些數據來確認 HAI 問題並衡量預防計劃的成效。這些數據的每一個使用者在確保 NHSN 數據品質方面也伴演一定的角色和支柱(支援)。

外部確效

外部確效是由通報醫院外部的機構（例如州際衛生部門）進行調查和審核的過程，由一名或多名訓練有素的外部機構工作人員為驗證者，審核通報機構的監測定義和方法，以評估監測品質（例如認知和實務操作）以及通報的完整性和正確性。外部確效的結果可用於修正通報機構對 NHSN 定義、標準和資料收集的錯誤觀念。因此，外部確效可藉由確認和矯正僅通過內部確效難以解決的缺點，來確保遵守 NHSN 的 HAI 收案規範。應要求機構通報資料的正確性和完整性，並幫助通報者了解導致錯誤的原因，從而增進未來更完整通報的可能性。常見錯誤和具挑戰性的案例應記錄下來，以作為教材來改善未來通報品質。

驗證者通常不可能更沒有必要訪查每個機構或查閱每個病人病歷以尋找可能的 HAI。而抽樣是必要的，抽樣方法應在資源可行性和計劃目標之間取得平衡。

2019 確效指引

2019 年的資料確效方式，使用演算法針對特定對象抽樣，以有效調查具潛在監測和通報問題之高風險暴露機構和病歷紀錄，特別是預期有高風險 HAI 機構。導管天數增加、手術程序或特殊實驗室陽性結果都會衍生暴露風險，也趨使通報事件的高或低。利用抽樣樣本(目標)產出能代表整個母群體資料是有限的。在特定對象抽樣上，建議使用機率抽樣方法較能充分代表具風險的母群體現況(較具代表性)。所有機構都應負責確實通報，並確保較小的機構也能提供較低暴露風險資訊，所以在選擇了目標機構後，還應再加額外機構的 5% 隨機樣本。

第 2 章：2019 NHSN 確效操作指引

外部確效的範圍包括六個指標：中心導管相關血流感染 (CLABSI)、導尿管相關泌尿道感染 (CAUTI)、結腸手術-手術部位感染 (COLO SSI)、腹式子宮切除術-手術部位感染 (HYST SSI)、檢驗證實之抗 Methicillin 金黃色葡萄球菌菌血症 (MRSA LabID) 和困難梭狀芽孢桿菌感染 (CDI

如果無法在指定數量的機構獲得足夠的資源來完成上述所有六個 HAI 的確效指標，則應縮小要確效的 HAI 範圍，同時保持指標的樣本數和建議機構數量以得出可靠(完整)的資訊。

LabID)，與醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 住院病人品質通報計劃要求一致。

在選擇要確效的 HAI 時，監督機構可能選擇使用經驗和/或數據分析來選擇優先排序。例如，2017 年依建議完成了 CLABSI 的確效，則機構可能在 2019 年尋求著重其他 HAI 部位。或者特定 HAI 的發生率很高，則機構可能希望將確效重點放在此問題上，以幫助機構預防 HAI。

經抽樣未成為外部確效選定的機構，仍應負責以高品質的監測和通報計劃進行內部確效活動。要求提供最新的 NHSN 通報者培訓證明 (例如，成功的完成了來自所有機構的每個 2019 年 NHSN 的多媒體培訓模組認證) 是一種確保無需外部審查而可以進行適當的監測及通報的方法。有些人可能希望進行監測過程調查或要求提供機構內部確效活動的文件。

對於選定的驗證機構，2019 年外部驗證建議包括對分子、分母和風險調整變項的評估，而病歷審查則著重於結果 (分子)。可通過以下方式優化分子的品質：a) 通報者培訓 (如完成 2019 年線上多媒體評估認證)，b) 良好的監測實務(機制) (通過調查評估)，以及 c) 正確的通報佐證 (通過對醫療記錄的審核，顯示驗證者的結果與機構通報給 NHSN 的事件一致)。可透過下列方法評估分母：a) 審閱分母數據資料，b) 調查分母的收集方式，以及 c) 結腸手術和腹式子宮切除術在 NHSN 中每月初估件數與機構 ICD-10-PC S 代碼發生案件數做比較。也應審閱機構之風險調整變項和內部驗證工作的相關記錄。




本外部驗證指引及工具包建議經培訓的驗證者遵循 2019 NHSN 方法和定義這個概念工具，使用醫療紀錄進行現場病歷審閱，並在必要時 CDC 充當不一致結果的裁決者。現場確效為驗證者提供了最佳機會，使他們可以在進行訪查時完整的訊問通報者使用的所有書面資料，也可藉此透明化作業建立與通報機構間的關係。使用電子醫療記錄系統是可行的，也許對於審查醫療記錄可能不是最佳選擇，但可與驗證者保持一定距離。這種方法可能需要專業技術和與機構的多次交流，以確保驗證者可以審查所有相關文件。此外，如果沒有實地訪查，則可能會減少互動、教育和對整個 HAI 監測計畫了解的機會。對於外部驗證執行方法，不建議遠距查閱影印的病歷，因為它可能缺乏取得完整的數據(資料)和互動，從而無法建立機構促進計劃的量能。理想情況下，驗證者將由各醫療機構中負責病人安全和公共衛生監督職責者擔任(被聘用或簽約)。為便於使用和列印(影印)，醫療記錄概念工具 (MRATs) 和 MRAT 的使用說明文件分別在 “2019 外部驗證指引及工具包” 的不同檔案。

CDC 建議之確效要項和首選做法：

| 確效要項 | 異地 | 現場或異地 | 現場 |
|--|----|-------|----|
| 驗證者培訓和評估 | X | | |
| NHSN 數據分析的品質、完整性和及時性 | X | | |
| 選定機構，要求列出查核項目（如中心導管相關血流感染導尿管、相關泌尿道感染、MRSA 菌血症和困難梭狀芽孢桿菌感染）及每月手術件數（結腸手術、腹式子宮切除術） | X | | |
| 開發 HAI 抽樣機制(架構) | X | | |
| 病歷選擇，NHSN 數據下載以及訪查安排 | X | | |
| 機構監測實務調查（附錄 2） | | X | |
| 檢閱機構的位置(地點)及床位數 | | | X |
| 審閱病歷（MRATS） | | | X |
| 訪查後與感染管制單位交流會議：實務調查和病歷審核差異性討論 | | | X |
| 視需要調查分母運算及管理 | | X | |
| 檢閱機構審查結果、優點及缺點 | | X | |

2.1 Assure or Update Validator Expertise in 2019 NHSN Validation

監測和驗證需要嚴格遵守 NHSN 標準規範的監測方法和定義。進行審查者必須接受 NHSN 專門的培訓，隨改變必須保持最新，並承諾使用適當的 NHSN 監測方法和定義來驗證通報的 HAI 資料給系統。驗證者需要熟悉驗證期間特定年份的規範。除了通報者培訓資源之外，NHSN 網站也有提供驗證者培訓資源。以下依驗證者的推薦順序列出數位學習網站提供的自學內容：Training | NHSN | CDC. (<https://www.cdc.gov/nhsn/training/index.html>)。

| 學習類型 | 驗證者推薦標準 | 線上 NHSN 符號鍵 學習種類(舉列) |
|--------------|--|--|
| 互動式線上多媒體教學模組 | 確保所有 2019 年驗證者都成功完成他們將驗證的任何 NHSN 相關模組課程，並提供結業證書列印 |  互動式自主學習模式，可深入了解 HAI 定義 |
| 簡報套組 | 強烈建議：簡報呈現包括案例練習，可協助驗證者練習 HAI 訓練網絡研討會中介紹的基本內容 |  透過簡報中的實例練習，可解決較困難收案的狀況，學習以準確地 HAI 定義收案 |
| 網路研討會和影音檔 | 未來驗證者基本條件； HAI 監測的基礎訓練  |  網絡研討會和影音檔，提供有關 HAI 定義和監測規範的基本資訊 |

其他培訓機會包括：

- CDC 贊助的培訓。
- NHSN 電子郵件、外部同事電話、NHSN 每季通訊和病人安全 (PSC) 手冊，PSC 手冊於每年一月之前對任何方法和定義的改變進行更新。

即使受過訓練，當案件具有挑戰性時，適時向 NHSN 尋求定義和標準方面的協助也很重要。如果機構和審核員無法使用書面資料和 NHSN 黃金標準定義就案例狀況達成共識，則應將案例移交給 CDC 進行裁決。附錄 2.2 中提供了追蹤結果有差異並需裁決的案件之表格。

最後，儘管非必要，但由另一位審核員重複核對病歷（在訪查初期和定期）可能有幫助，以辨認困難的部分並提高評估者之間的可靠性。

2.2 醫療機構選擇的方法

*醫療機構選擇方法請參見第三章及第四章。假設驗證資源有限的情況下，為了有效的調查及校正潛在的缺失，疾病管制署建議進行有針對性(有目標)的驗證。這種方法也提供最好的機會與醫療機構一起進行改善。

*在 2019 年版「外部確效指引工具包」中，我們介紹了兩種醫療機構及病歷抽樣的方法，以選擇再審查的機構及病歷。衛生主管機關(州立衛生部門)及其他外部代理機構對提交給美國國家醫療保健安全網(NHSN)的醫療照護相關感染數據資料進行確效，可以依據衛生主管機關需求或以醫療照護相關感染確效為優先，選擇任一種方法。下面我們提供兩種方法的優缺點，可以幫助衛生單位選擇合適的醫療機構和病歷抽樣方法。

| | 方法一 優先選擇通報事件發生可能性最高的醫療機構 | 方法二 實際通報事件數與預期發生事件數差異比較法 |
|--|--|--|
| Target criteria 標準 | 選擇通報事件發生可能性較高的醫療機構。病人數較多的機構，預期發生 HAI 事件數可能性也較高。 | 醫療機構選擇的優先順序取決於預期發生與實際通報事件數之差異。重點放在差異數為負值的機構，這些機構實際通報數為零或偏低，但預測發生事件數是高的。 |
| Which type of facilities are selected? 應該選擇哪種類型的機構 | 大型醫療機構的病人發生醫療照護相關感染風險較高，因此有較高的預期發生事件數。 | 重點放在通報數偏低的醫療機構，這些機構實際通報非常少的事件，但預測發生事件數很高。 |
| Ranking algorithm 決定優先順序的排名算法 | 醫療機構排名算法是以 HAI 預測發生事件數及標準化 HAI 感染比 (SIR) 來進行醫療機構排名及選擇。SIR 指標是實際通報事件數與預測發生事件數的比值，但可能受影響。如果小型醫療機構預測發生事件數較少，甚至只有 1 個通報案例，就可能導致 SIR 值偏高。 | 運用 HAI 實際通報事件數與預期發生事件數的差異值(CAD) 來進行醫療機構排名及選擇。CAD 值穩定，而且可以真實反應醫療機構 HAI 的負擔。 |
| Which method should my state use? 適用何種方法 | 如果從來沒有參與外部確效的經驗，建議可採用方法一來評估醫療機構 HAI 通報錯誤分類的情況。如果衛生單位對醫療機構已經發現有通報偏低的情形，可以選擇方法二進行評估。 | 過去曾經參與外部確效，發現醫療機構有低估通報的情形，建議採用此種方式。 |

2.3 建立機制確保資料在醫療機構及衛生單位間安全的傳輸

為了建立病歷選擇的抽樣架構，電子檔案（電子表單）需要包含實驗室血液檢體經由培養或其他非培養的微生物檢驗方式確認致病原、定量的陽性尿液培養報告及陽性困難梭狀芽孢桿菌報告，以上報告須有檢驗日期、採檢地點、確認病原體的報告及病人基本資料。而且，可能需要醫院病歷部門的協助，確認病人在手術部位感染監測期間（結腸手術及腹式子宮切除術為 30 天）再次入院的情形。有些機構已經建立安全的檔案傳輸機制(FTP)來傳輸這些敏感的病歷資料。考慮具有安全傳輸資料的現有系統，以及如何保護這些數據資料安全的雙向傳輸，包括傳送取樣的病歷資料及回饋審查後的資料。

2.4 為每個被選定的醫療機構及接受驗證的 HAI 制定病歷抽樣架構，並確保手術部位感染監測 (SSI)分母的完整性

對於中心導管相關血流感染(CLABSI)、導尿管相關泌尿道感染(CAUTI)、經檢驗證實的 MRSA 血流感染事件、經檢驗證實的困難梭狀芽孢桿菌感染事件，取樣資料來自於各監測點的實驗室陽性報告(血液檢體、尿液培養及困難梭狀芽孢桿菌陽性檢體)。因應未來趨勢，應鼓勵醫院發展資訊化表單，減少人工收集資料的額外負擔。

醫療機構應通報檢體採檢日期，非檢驗報告日期。

為了確保實驗室傳輸資料完整性，通常建議直接由實驗室資訊管理系統上傳，不建議由軟體廠商(如資料探勘程式)間接傳輸資料。然而，如果軟體廠商可以提供完整且可信的實驗室數據，則廠商系統可以直接連結上傳，否則需要建置傳輸系統。此議題可能需要與醫療機構、或醫療機構與資訊廠商各別討論。

手術部位感染監測樣本資料來自於美國國家醫療保健安全網(NHSN)。然而，為了確保資料完整性，每個月應依據 ICD-10/CPT code 出院資料與醫療機構通報結腸手術(COLO)及腹式子宮切除術(HYST)進行檢核。資料及件數可以要求一併提報，如果兩者數據相近，可假設分母資料是接近完整的。

實驗室清單結構

執行確效人員需要由實驗室產出的清單資料確認通報至 NHSN (美國國家醫療保健安全網)的醫療照護相關感染事件。醫療機構通報醫療照護相關感染事件需要病歷號，有時也需要病人姓名。大部分案例中，需要使用病歷號、性別、出生日期及感染日期與通報資料進行比對。某些情況下，可能需要感染管制人員(IP)提供有關已通報 NHSN 事件的更多訊息，以辨識實驗室通報清單中已包括 HAI 事件，例如要求提供被通報 HAI 的病人更多個人資料，以利於與實驗室報告比對。被選取的陽性檢驗報告也需要與病人的醫療紀錄串聯以進行審查。主要進行識別的欄位是病歷號及檢驗報告日期，但知道病人的出生日期、入院日期、姓名則有助於要求醫療機構提供醫療紀錄以進行審查。如果可以，應要求醫療機構提供資料表。

中心導管相關血流感染監測通報確效

- 訪查前先取得醫療機構內驗證單位(地點)的陽性血液檢體完整清單(包括在任何單位停留至離開的期間，或 3 個日曆天內採集的所有陽性血液檢體)以作為病歷抽樣資料。為了方便使用，建議使用電子表單（例如 Excel）。
- 血液檢體確認病原體、病歷號、入院日期、檢體編號、採檢日期(非報告日期)、鑑定至屬名及種名的第 1 個病原體(“Org 1”)、特定的驗證單位、性別及出生日期都是必須的資料。額外的病人

識別資料例如姓名可能有幫助。如果需要，可以請感染管制人員(IP)將實驗室清單上病人特定的資料上傳至 NHSN，並確保所有上傳的資料正確。確保可以將實驗室清單上 NICU 成人及兒童資料區分開來，以利於進行中心導管相關血流感染分層抽樣。不須要求有關中心導管的使用資訊，當進行紀錄審查時，訪查者將篩選檢視相關資料。請參閱附錄 1.1 外部確效現場訪視及資料清單。

導尿管相關泌尿道感染(CAUTI) 監測通報確效

- 訪查前先取得醫療機構內驗證單位(地點)的陽性尿液檢體完整清單(包括在任何單位停留至離開的期間，或 3 個日曆天內採集的所有陽性尿液檢體) 以作為病歷抽樣資料。為了方便使用，建議使用電子表單 (例如 Excel)。
- 陽性尿液檢體、病歷號、入院日期、檢體編號、採檢日期(非報告日期)、鑑定病原體(最多兩株)及菌落數(CFU/ml)、特定的驗證單位、性別及出生日期都是必須的資料。額外的病人識別資料例如姓名可能有幫助。如果需要，可以請感染管制人員(IP)將實驗室清單上病人特定的資料上傳至 NHSN，並確保所有上傳的資料正確。尿液檢體培養結果為混合菌叢、培養出微生物超過 2 種、未長菌、或菌落數小於 10^5 CFU/ml，皆不符合通報定義。不須要求有關留置導尿管的使用資訊，當進行紀錄審查時，訪查者將篩選檢視相關資料。請參閱附錄 1.1 外部確效現場訪視及資料清單。

結腸手術(COLO)

對於每個選定的醫療機構，使用 NHSN (美國國家醫療保健安全網)資料來確認 2019 年執行 COLO 手術的通報數量。將 NHSN 通報 COLO 手術的數量輸入附錄 2.1”分子驗證，抽樣框架資訊”。

腹式子宮切除術(HYST)

對於每個選定的醫療機構，使用 NHSN (美國國家醫療保健安全網)資料來確認 2019 年執行 HYST 手術的通報數量。將 NHSN 通報 HYST 手術的數量輸入附錄 2.1”分子驗證，抽樣框架資訊”。

住院病人經檢驗證實的 MRSA 菌血症事件

- 從每個選定的醫療機構中，取得對 methicillin 產生抗藥性的金黃色葡萄球菌陽性血液檢體的完整列表 (MRSA：以標準藥敏試驗方法或經 FDA 批准用於 MRSA 檢測的實驗室測試方法，檢測出對 oxacillin、cefoxitin、或 methicillin 產生抗藥性的金黃色葡萄球菌)，包括 2019 年為住院/急診/24 小時觀察單位所收集的資料，以選擇進行審查的病人入院/護理記錄。為便於使用，建議採用電子表單。實驗室清單應包括採檢時病人所在的位置。
- 對於經檢驗證實的陽性 MRSA 菌血症事件(住院病人)，病歷號、入院日期、檢體編號、採檢日期、檢體來源為血液、鑑定結果至屬名及種名、對 methicillin 藥敏檢測的資訊(病原體鑑定名稱可能縮短至 MRSA，包含屬名、種名及 methicillin 藥敏)，具體的住院或急診位置/24 小時觀察單位、性別、生日是需要的。增加病人的識別資料例如姓名可能有幫助。請參閱附錄 1.1 外部確效現場訪視及資料清單。

住院病人經檢驗證實的困難梭狀芽孢桿菌感染事件

- 為了建立樣本，從每個選定的醫療機構收集 2019 年住院 (排除 NICU、護理之家、待產室、產房、產後恢復室或嬰兒室)、急診及 24 小時觀察單位的困難梭狀芽孢桿菌 PCR 陽性檢驗結果完整清單。實驗室可能對未成形便進行一至三步驟的困難梭狀芽孢桿菌產毒性檢測；無論使用何種檢測方式，只需保留最終困難梭狀芽孢桿菌檢測陽性結果。
- 為了易於使用，建議使用電子表單，實驗室清單應該包括檢體採檢地點。
- 對於經檢驗證實的困難梭狀芽孢桿菌感染事件(住院病人)，需收集病歷號、入院日期、糞便檢體編號、採檢日期、最終困難梭狀芽孢桿菌檢驗報告、住院病房(或急診/24 小時觀察單位)、性別、生日是需要的。增加病人的識別資料例如姓名可能有幫助。請參閱附錄 1.1 外部確效現場訪視及資料清單。

2.5 通知機構預定查核的時間並要求實驗室完成所需清單

對於選定的醫院，請聯繫IP並討論查核過程，包括查核的範圍以及如何從符合條件的醫療記錄中提取合乎條件的審核樣本。討論當前針對目標病人群（合乎上述條件）的血液樣本，尿液培養和困難梭菌陽性列表的要求。如果有六個HAI須進行驗證，醫院在驗證單位須提供60筆CLABSI和CAUTI的醫療記錄，60份COLO和HYST手術後30天內再入院的病歷紀錄，對於LabID事件，選取其中一個：a)針對MRSA菌血症和CDI LabID事件，審核60筆特定護理ADT數據以及完整的住院和門診實驗室記錄，b) 在現場驗證時須包含這些相應的病歷要素。詢問機構準備清單所需時間，以及安排醫療記錄訪視部分需要多少時間；詢問機構病人病歷紀錄如何能最佳且有組織的現場訪視方式；這可能會影響現場訪視及所需的整理記錄時間。整理縮影的混亂記錄尤其困難且耗時。依循經驗或指引，討論預期的完成審核所需的天數和審核者數目，該機構NHSN記錄者須完成關於2019 NHSN記錄的方法和定義培訓並取得通過證明文件，此外，如果要進行驗證，則應要求每月使用ICD-10-PCS編碼，細分進行多少個COLO和HYST手術。

挑選一個雙方同意的實驗室清單報告日期、病歷記錄日期和建議的現場查核日期，對於查核，要求安排醫療記錄訪查權限，包括例如工作區，電腦系統，工作電腦與密碼，縮影閱讀機以及（最終）特定的醫療記錄。

機構必須藉由安全的檔案傳輸方式提供實驗室的清單，例如加密的郵件，加密的FTP點，加密的快遞，或是傳統的郵件寄送，這個檔案必須是可以分類和搜尋的（如csv或Excel），並應包括醫院訊息（身份和NHSN facID），醫院聯繫人姓名，醫院聯繫人電話，醫院聯繫人電子郵件，報告日期和實驗室結果時間表。

撰寫一封通知醫院院長的信，並將其複製到IP中，概述您進行此驗證（如果適用）或請求訪問醫院進行醫療記錄查核的權限，查核的目的、預定的查核日期、以及由醫院同仁提供需要的具體數據以及空間（信函請參見附錄1.1）。說明查核的目的（即，確保所有醫院根據NHSN方法和定義，對HAI報告完整和準確負責）以及如何查證結果將如何被使用或報告。

2.6 選擇病歷紀錄（將在第3章和第4章中討論）

2.7 在披露選擇哪些病歷進行審核前，請從 NHSN 下載（“凍結”）設施的報告數據。

為了減少 NHSN 下載資料量，在分析系統下選擇“凍結”，執行此操作，實質上是對數據進行快照，並輸出 2019 NHSN 的數據報告。

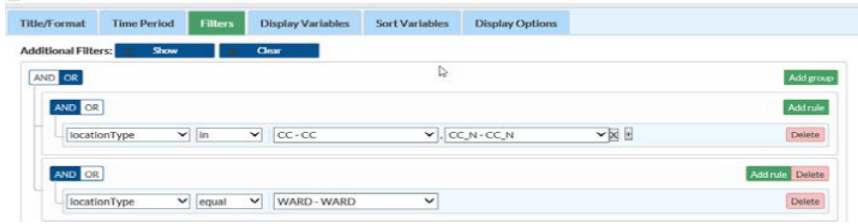
注意：使用導航欄上的分析按鈕，然後選擇“報告”以輸出數據。有關如何對這些輸出選項進行修改的更多訊息，請閱讀分析快速參考指南的“如何修改報告”，該指南位於：

<http://www.cdc.gov/nhsn/PS-Analysis-resources/reference-guides.html>。

選擇“裝置關聯模組”>“中央導管相關BSI”>“清單-所有CLAB事件”>“修改報告”。

建議的修改：

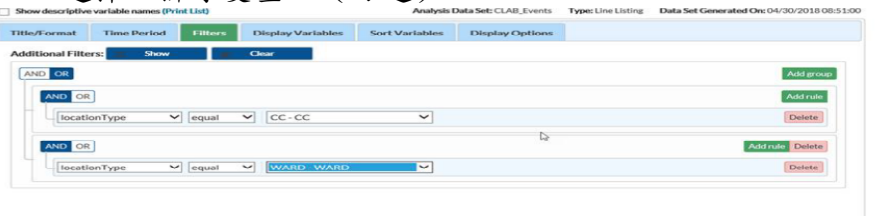
- 將輸出標題更改為“<設施ID>凍結數據<凍結日期> CLABSI IN VALIDATION LOCATIONS, 2019”。
- 選擇Excel (xls) 或所需的格式。
- 選擇“時段”，從下拉框中選擇eventDateYr 2019至2019
- 選擇“過濾器”，從下拉框中選擇locationType，在（“CC_CC”），（CC_N-CC_N）中；其他內容選擇“添加組”，為每個規則選擇“或”。請參閱下面的屏幕截圖
- 選擇“排序變量”（可選）“eventDate”



注意：位置類型反映在驗證的位置。

選擇“裝置關聯模組”>“導管相關泌尿道感染”>“清單-所有 CAU 事件”>“修改報告”。
建議的修改：

- 將輸出標題更改為“<設施ID>凍結數據<凍結日期> CAUTI IN VALIDATION LOCATIONS, 2019”
- 選擇Excel (xls) 或所需的格式。
- 選擇“時段”，從下拉框中選擇eventDateYr 2019至2019
- 選擇“過濾器”，從下拉框中選擇locationType，在（“CC_CC”）中；點擊“Add Group” 加入其他項目位置。請參閱下面的屏幕截圖
- 選擇“排序變量”（可選）“eventDate”



注意：位置類型反映在驗證的位置。

選擇“手術相關模組”>“SSI”>“清單-所有 SSI 事件”>“修改報告”
建議的修改：

- 將輸出標題更改為“<設施ID>凍結數據<凍結日期> COLO 程序，2019”
- 選擇Excel (xls) 或所需的格式。
- 選擇“時間段”，從下拉框中選擇procDateYr 2019至2019
- 選擇“過濾器”，從下拉框中選擇procCode，然後選擇equal，然後從下一個下拉框中選擇COLO（或procCode = COLO）
- 選擇“排序變量”，包括（可選）proc ID，proc ICD10 code，dob，pat ID，性別，proc Date，modelRiskAll，asa，麻醉，範圍，緊急手術，創傷，ageAtProc，swClass，procDurationHr，procDurationMin
- 選擇“排序變量”（可選）procDate

選擇“手術相關模組”>“SSI”>“清單-所有 SSI 事件”>“修改報告”
建議的修改：

- 將輸出標題更改為“<設施ID>凍結數據<凍結日期> HYST程序SSI，2019”
- 選擇Excel (xls) 或所需的格式。
- 選擇“時間段”，從下拉框中選擇procDateYr 2019至2019
- 選擇“過濾器”，從下拉框中選擇procCode，然後選擇equal，然後從下一個下拉框中選擇HYST（或procCode = HYST）
- 選擇“排序變量”（可選）procDate

選擇 “MDRO / CDI 模組 - LABID 事件報告” > “所有 MRSA LabID 事件” > “所有 MRSA Blood LabID 事件列表”

建議的修改：

- 將輸出標題更改為 “<設施ID>凍結數據<凍結日期> MRSA Blood LabID事件FacWideIN，2019”
- 選擇 “Excel” (xls) 或所需的格式
- 從下拉框中選擇 “時間段”，選擇specDateYr 2019至2019
- 選擇 “過濾器”，確認下拉框顯示為 “mrssa”，“等於”，“是”
- 添加規則並選擇 “AND”，然後在下拉框中選擇 “SpecimenSource” 等於 (BLDSPC) -血液樣本
- 選擇 “排序變量” (可選) specimenDate

選擇 “MDRO / CDI 模組 - LABID 事件報告” > “所有困難梭菌 LabID 事件” > “所有困難梭菌 LabID 事件列表” > “修改報告”

建議的修改：

- 將輸出標題更改為 “<設施ID>凍結數據<凍結日期> CDIF LabID事件，FacWideIN，2019”
- 選擇 “Excel” (xls) 或所需的格式
- 從下拉框中選擇 “時間段”，選擇specDateYr 2019至2019
- 選擇 “過濾器”，確認下拉框顯示 “cdiff”，“等於”，“是”，選擇 “排序變數” (可選)，specimenDate

2.8 選定醫療記錄之前先現場參觀醫療機構

以保密的方式將所需的醫療記錄像機構提出申請，以便醫院安排您參訪。

第3章：方法1-機構和病歷取樣：優先考慮事件發生可能性最高的機構

這是審核員在選擇機構和病歷時，可以使用的兩種方法中的第一種。如果要在急性照護醫院以外的機構類型中驗證 HAI 或其他事件，則應對急性照護醫院，長期急性照護醫院 (LTAC) 和住院復健機構 (IRF) 分別進行排名。這將為每個機構之每個 HAI 提供一個分配相對優先順序的系統。即使不打算進行驗證，進行排名之作為，也可以瞭解哪些機構有高的 HAI 風險以及那些機構通報之事件結果是高或低。也鼓勵進行其他分析以評估資料的完整性，及時性和品質。尤其是，對於要驗證之手術，在對執行手術的醫院以及對手術本身進行目標取樣時，需要風險調整之變數（例如 ASA 評分，麻醉，手術持續時間）。建議在對機構進行 SSI 驗證排名之前進行這些變數分析，以確保這些變數的完整性。

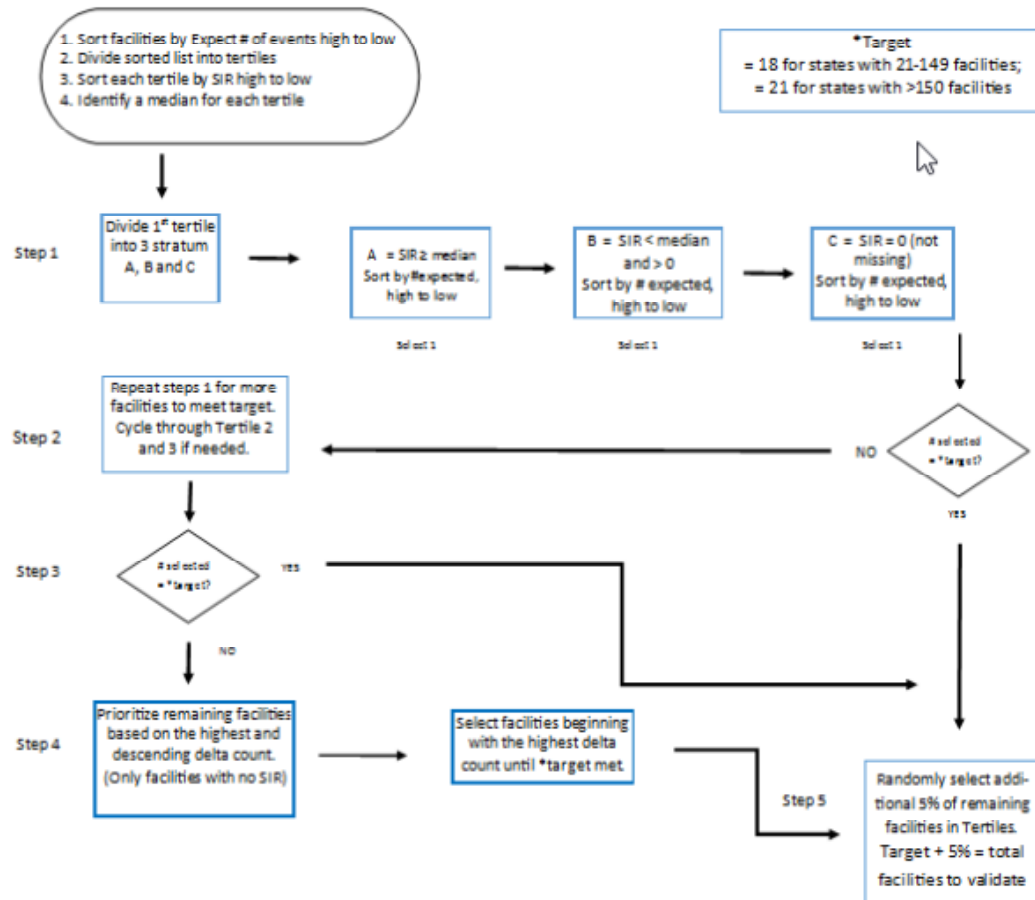
3.1 確定最小機構樣本量

- 這種選擇機構的方法旨在優先考慮驗證 HAI 預期高的機構。每個選定的 HAI，要驗證建議的最小機構數量（及建議的最小病歷數量）：
 - 較小的州/轄區，機構等於或少於 20 個，應對它們全部進行驗證
 - 中等的州擁有 21 到 149 個機構，應至少選擇 18 個目標機構，並從剩餘的機構隨機取樣 5% 加進來驗證。
 - 較大的州擁有 150 個或更多機構，應至少選擇 21 個目標機構，並從剩餘的機構隨機取樣 5% 加進來驗證。
- 選擇機構之計算範例
 - a) A 州 DPH HAI 協調員已選擇在急性照護醫院 (ACH) 驗證 LabID CDI。A 州有 17 個 ACH，根據驗證準則，將聯繫所有 17 個機構參與此外部驗證。
 - b) B 州 DPH HAI 協調員已選擇驗證 ACH 中的 CLABSI。該州有 125 個 ACH 機構。根據驗證指南，協調員將要選擇 18 個目標機構以及另外 5% 或 5 個隨機選擇的機構，總共 23 個機構
$$a. 18 + [(125-18) \times 0.05] = 23 \text{ (四捨五入到最接近的整數)}$$
 - c) C 州 DPH HAI 協調員已選擇驗證 ACH 中針對 COLO 手術的 SSI。該州有 185 個 ACH 機構。根據驗證指南，協調員將需要選擇 21 個目標機構，以及另外 5% 或 8 個隨機選擇的機構，總共 29 個機構。
$$21 + [(185-21) \times 0.05] = 29 \text{ (四捨五入到最接近的整數)}$$

3.2 機構排名演算法應用

- 對於每個 HAI，根據預測/預期事件數，對機構進行排序。
- 排序後，對最高三分位 (tertile, 33%) 的機構，使用機構 SIR 相對於最高三分位機構的中位數 SIR 做為執行表現，進行進一步的定位和優先級劃分。
- 如果在最高三分位內未能取到目標機構的最小數量，則應針對第二個三分位，甚至（如果需要）第三個三分位來重複該過程。
- 如果需要額外的機構來達到建議的最小數量，沒有計算 SIR 的機構也可以考慮列入驗證，此時以“delta count, 差量”來取樣，“差量”定義為報告給 NHSN 的預期和觀測到的 NHSN 事件之間的絕對差值。
- 對於每個 HAI，對 3 個三分位中所有未選擇的剩下機構進行 5% 的隨機取樣，以確保非高度暴露的機構之當責。
- 如果選擇在機構中驗證多個 HAI，則分別完成每個 HAI 的排名演算法後，再根據它們對機構的排名來評估要選擇的機構。

Ranking Algorithm and Selection of Targeted facilities



Step 1. In the 1st tertile, assign stratum A to facilities with SIR above the current median SIR, stratum B for remaining facilities with SIR less than or equal to the median and above zero, and stratum C for facilities with SIR = zero (but not missing). *Note that some facilities will not have a calculated SIR; do not include these in the strata (see step 4 below).* Re-sort within each stratum A, B, and C, by # expected from highest to lowest. Assign sequential Targeted Selection Numbers to facilities, by selecting the highest available # expected from each stratum alternating A, B, and C. For example, facility #1 will be the facility with the highest # expected from stratum A, facility #2 the facility with the highest # expected from stratum B, and #3 the facility with the highest # expected from stratum C. Return to stratum A and assign #4) to the next facility in stratum A, assign #5 to the next facility in stratum B, and facility #6 will be the next facility in stratum C. Continue alternating strata until no facilities remain or the target number of facilities (18 or 21) is reached.

Step 2. If additional facilities are needed, repeat the process (step 1) using the second and then third tertile.

Step 3. If target # of facilities have been met cycling through tertile 1-3, proceed step 5.

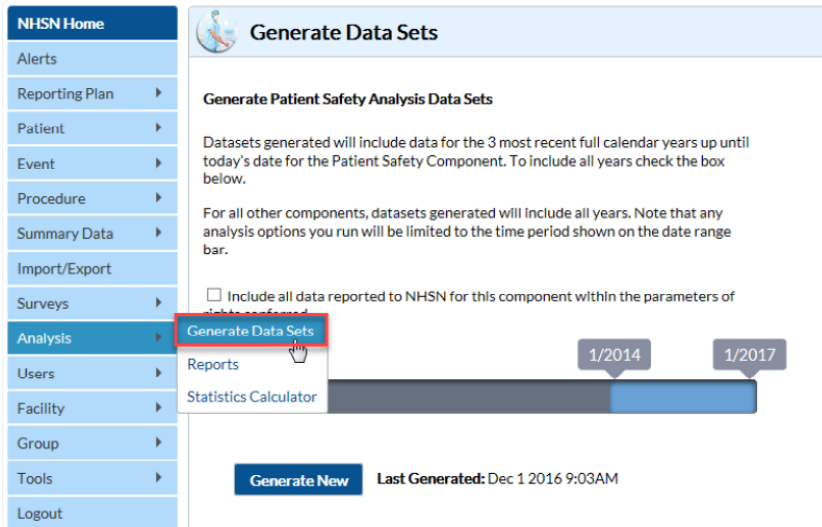
Step 4. If additional facilities are needed to complete the targeted number, prioritize them based on the highest and descending delta count (only for facilities without a calculated SIR).

Step 5. After the targeted selection is complete, ALL remaining facilities from ALL tertiles will be subject to random selection under the 5% rule.

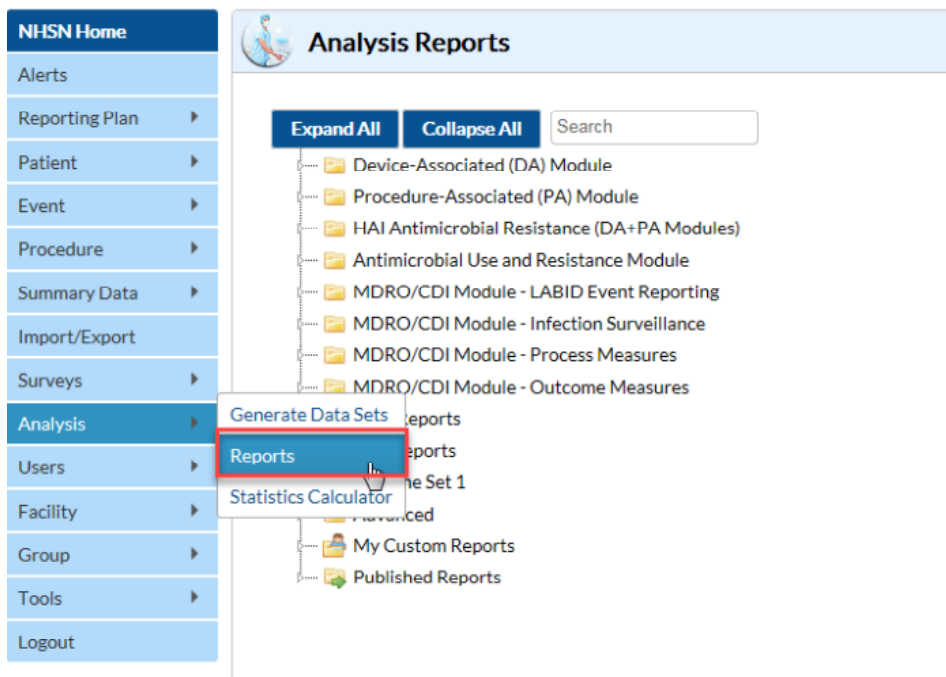
3.3 逐步進行目標機構排名和選擇

A. 驗證位置中的 CLABSI

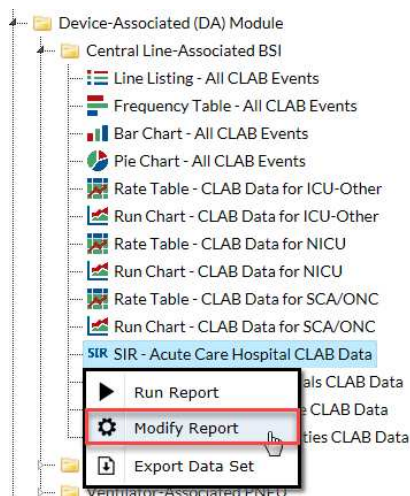
1. 在 NHSN 中生成新的資料集，確認包含更新的所有資料以進行分析。在 NHSN 登錄頁面上，導航至 Patient Safety Component(病人安全組件)--> [YOUR State Users' Group, 所在州的用戶組]。選擇“Analysis,分析”紐，然後單擊“Generate Data Sets, 生成資料集”。單擊”Generate New, 生成新”按鈕。完成資料集生成之過程；生成過程中可以離開 NHSN。



2. 成功生成資料集後，導航至“Analysis, 分析”→“Reports, 報告”，以顯示 NHSN 分析工具中所有分析報告的樹狀圖列表。



3. 使用樹狀圖結構導航到感興趣的 SIR 報告。在此範例中（以 CLABSI 為目標），我們選擇” Device Associated Module, 裝置關聯模塊”-> Central Line-Associated BSI, 中心導管相關 BSI-> SIR Acute Care Hospital CLAB Data , SIR 急性照護醫院 CLAB 資料。來使用報告給 NHSN 且已與該組共享的資料。單擊” Modify, 修改”按鈕以進入修改屏幕，進而可以過濾和導出 NHSN 中的資料。



4. 打開一個標題為“Modify ‘SIR- Acute Care Hospital CLAB Data’, 修改‘SIR-急性照護醫院 CLAB 資料’”的修改屏幕。在修改屏幕上，有兩個要修改的關鍵區域，一個區域控制要分析和顯示的資料之時間間隔，另一個區域則控制該資料的聚合級別
 - a. 使用“Time Period, 時間段”選項來限制要導出的報告中包含資料的時間段。將“Date Variable, 日期變量”設置為 SummaryYr，將“Beginning, 開始”設置為 2019，將“Ending, 結束”設置為 2019：

Modify "SIR - Acute Care Hospital CLAB Data"

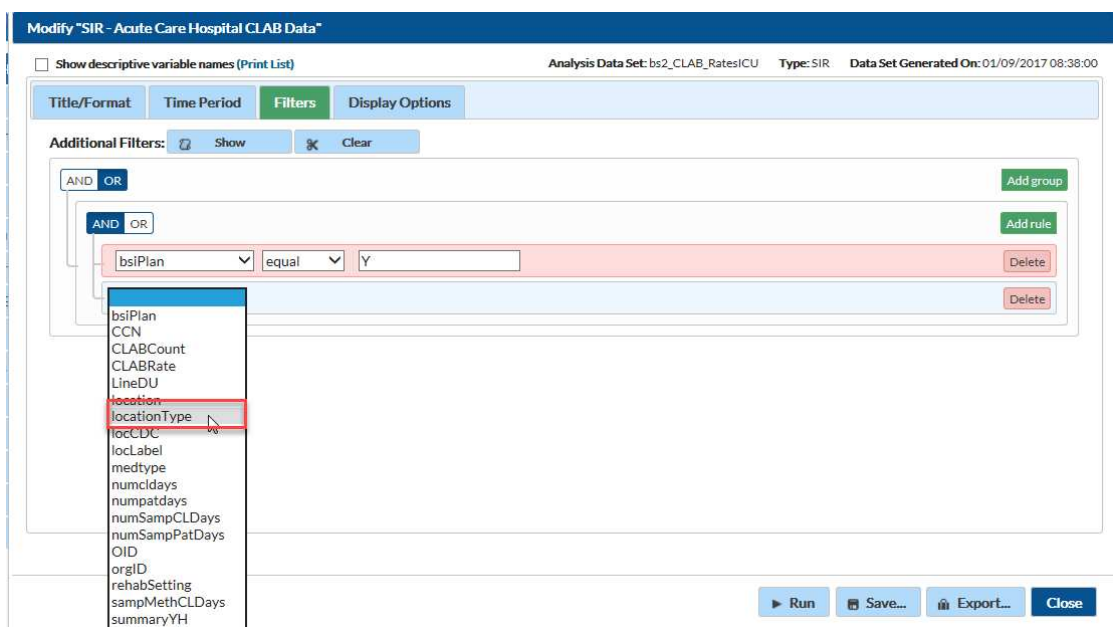
Show descriptive variable names ([Print List](#)) Analysis Data Set:

Title/Format
Time Period
Filters
Display Options

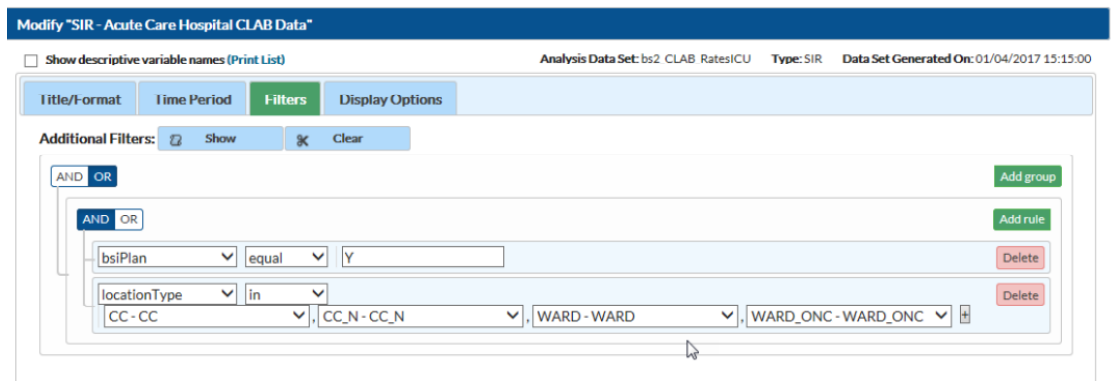
Time Period:

| Date Variable | Beginning | Ending | |
|---|-----------|---|-----------------------------------|
| summaryYr ▼ | 2018 | 2018 x | Clear Time Period |
| <input type="checkbox"/> Enter Date variable/Time period at the time you click the Run button | | | |

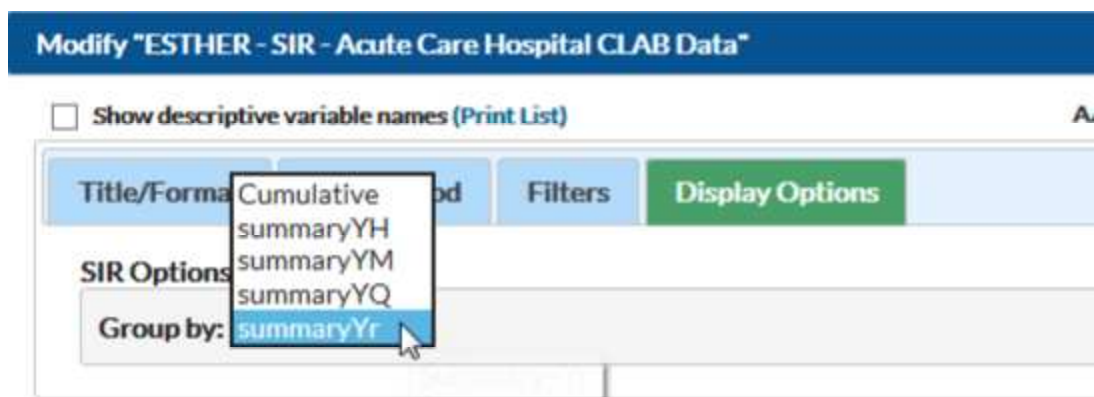
- b. 導航到“Filters, 過濾”標籤。選擇 bsiPlan =Y。從下拉列表中選擇“Location type, 位置類型”來添加另一個規則。



- c. 選擇“locationType, 位置類型”後，將下一個選項區設置為“in”，將值設置為“CC-CC”和“CC_N-CC_N”來指定所有成人和新生兒之加護病房位置。根據需求再添加其他驗證之位置。之後滑動到彈出屏幕的底部，然後選擇“Save, 儲存”。



- d. 在“Display Options, 顯示選項”部分下，使用“Group by, 分組依據”選項以查看特定聚合級別下的資料。預設選項為 SummaryYH（半年）。將“Group by, 分組依據”選項更改為“SummaryYr”。



5. 進行這些修改後，滑動到修改屏幕的底部。單擊”Export, 導出”按鈕，將修改後選擇的資料導出為其他文件格式。
6. 單擊”Export, 導出”按鈕將帶您到“Export Analysis Data Set, 導出分析資料集”屏幕。使用下拉選單選擇要導出資料的文件格式。在此範例中，我們選擇”data set modifications, 修改的分析資料集”導出到 Excel 表格 (*.xls)。單擊”Export, 導出”按鈕以開始導出過程。NHSN 將創建一個.zip 文件，其中包含您導出的資料，並提示您將文件儲存在您電腦上的位置。

7. 對於 CLABSI 資料，導出的 SIR 報告檔將以多個聚合級別顯示，概述並顯示於如下之截圖。
8. 在 Excel 中，為所有驗證位置選擇提供機構特定 SIR 的聚合級別（在下面的表 1.1 中以黑色顯示）。通過這種聚合級別，您可以探索驗證位置 CLABSI 的暴露風險級別以及每個機構的可衡量表現。選擇這些行，然後將此資訊複製到新的電子表格中。（此外，在資料上方插入一行，然後復制標題行，以便可以在新頁面上辨識這些變量）。根據“exposure, 暴露程度”；CLABSI 的預期/預測數量[numExp]（從高到低）將機構排定順序，並創建三個標題分別為“Delta count, 差量”，“Stratum, 階層”和“Targeted Selection Number, 目標選擇編號”之縱列。
9. 使用 Excel 計算每個機構/行的差量。Excel 中的公式為（=ABS [InfCount 下的行單元格]-[numExp 下的行單元格]）。（僅在 NHSN 未計算 SIR 時，才使用差量）。
10. 根據驗證位置中 CLABSI 的預計數量，選擇最高三分位（33%）的機構。這些“最高三分位”的機構，其驗證位置中 CLABSI 是預期最大的，對監測和預防的影響是潛力最大的。
11. 在最高三分位中，按 SIR 從最高到最低進行排序，並確定當前最高三分位的中位數 SIR。（中位數是該組的“中間”數值）。只對最高三分位進行排序，請標出最高三分位中每個機構顯示的所有行，然後單擊“Data, 資料”，“Sort, 排序”；列“Sort by, 排序依據”（選擇 SIR），“Sort On, 排序根據”（值）和“Order, 順序”（從最高到最低）。
12. 在最高三分位內，將 SIR 高於當前中位數 SIR 的機構分配為 A 層，將 SIR 小於或等於中位數且大於零的其餘機構分配為 B 層，將 SIR = 0 的機構分配為 C 層（但不是缺失數值）。請注意，某些機構沒有計算出 SIR。不要將它們包括在階層中（參閱下面的步驟 15）。
13. 將層 A, B 和 C，分別重新按照最高到最低的”numExp”排序。一次僅排序一個層，請標出每個機構第一層的所有行，然後單擊“Data, 資料”，“Sort, 排序”；縱列“Sort by, 排序依據”（選擇 numExp），“Sort on, 排序根據”（值）和“Order, 順序”（從最高到最低）。接下來將其他的兩個層也重複此過程。
14. 將 A, B 和 C 各層中之機構，依序交替由各層最高 numExp 之機構逐次為其分配目標選擇編號。例如，機構 #1 是 A 層 numExp 最高的機構，機構 #2 是 B 層 numExp 最高的機構，而 #3 是 C 層最高 numExp 的機構。再返回到第 A 層，將 A 層中的下一高之機構

分配為 #4，將 #5 分配給 B 層中的下一高的機構，並將機構 #6 分配給 C 層中下一高的機構。繼續交替進行各層之機構排序，直到沒有剩餘機構或達到機構的目標數量（18 或 21）為止。如果需要其他機構，請將第二個和第三個三分位，重複進行此過程（步驟 11-14）。

15. 對所有已分配 SIR 的醫院進行了優先排序後，對預期事件較少的機構進行評估。在 NHSN 不計算 SIR 的醫院中（因為預測感染數少於一），則用不同於上述以 SIR 進行分層的方法進行評估。這是因為，當預期的感染數少於一時，計算出的 SIR 值會非常不精確，只要一次感染就會導致很高的 SIR。如果需要額外機構來達到目標數量，則根據差量從最高及遞降方式對它們進行優先級排序（僅適用於未計算 SIR 的機構）。

16. 完成目標選擇後，所有三分位中剩餘的機構，將根據 5% 規則進行隨機選擇。

進行此基本步驟後，可以對六個 HAI 指標中的每一個進行較小的修改，以辨別出高度暴露的機構（因此有 HAI 風險），並使用 SIR 排行來表徵機構之表現，以進行驗證。

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O |
|----|----------|-----------|--------|-------|----------|--------------|-----------|---|--------|------------------|----------|------------|---|---|---|
| 1 | infCount | numCLDays | numExp | SIR | SIR_pval | SIR95CI | summaryYr | locationtype | loccdc | orgid | location | months | | | |
| 2 | 6 | 2366 | 4.076 | 1.472 | 0.2269 | 0.540, 3.204 | 1/1/2014 | SIR for all ICUs in all facilities in group | | | | | | | |
| 3 | 5 | 2344 | 4.012 | 1.246 | 0.3735 | 0.405, 2.908 | 1/1/2014 | ICU-OTHER | | | | | | | |
| 4 | 1 | 22 | 0.065 | | | | 1/1/2014 | NICU | | | | | | | |
| 5 | 0 | 10 | 0.02 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:C | | | | | | | |
| 6 | 4 | 1195 | 2.271 | 1.761 | 0.1948 | 0.480, 4.510 | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:M | | | | | | | |
| 7 | 0 | 1123 | 1.685 | 0 | 0.1854 | , 2.189 | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:MS | | | | | | | |
| 8 | 1 | 22 | 0.065 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:NURS | | | | | | | |
| 9 | 1 | 16 | 0.037 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:S | | | | | | | |
| 10 | 3 | 414 | 0.664 | | | | 1/1/2014 | | | 10000 | | | | | |
| 11 | 2 | 1947 | 3.394 | 0.589 | 0.3409 | 0.071, 2.129 | 1/1/2014 | | | 15164 | | | | | |
| 12 | 1 | 10 | 0.019 | | | | 1/1/2014 | | | 17775 | | | | | |
| 13 | 3 | 394 | 0.605 | | | | 1/1/2014 | ICU-OTHER | | 10000 | | | | | |
| 14 | 0 | 20 | 0.059 | | | | 1/1/2014 | NICU | | 10000 | | | | | |
| 15 | 1 | 1940 | 3.388 | 0.295 | 0.1482 | 0.007, 1.645 | 1/1/2014 | ICU-OTHER | | 15164 | | | | | |
| 16 | 1 | 2 | 0.006 | | | | 1/1/2014 | NICU | | 15164 | | | | | |
| 17 | 1 | 10 | 0.019 | | | | 1/1/2014 | ICU-OTHER | | 17775 | | | | | |
| 18 | 0 | 10 | 0.02 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:C | | 10000 | | | | | |
| 19 | 2 | 10 | 0.019 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:M | | 10000 | | | | | |
| 20 | 0 | 368 | 0.552 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:MS | | 10000 | | | | | |
| 21 | 0 | 20 | 0.059 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:NURS | | 10000 | | | | | |
| 22 | 1 | 6 | 0.014 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:S | | 10000 | | | | | |
| 23 | 1 | 1175 | 2.233 | 0.448 | 0.3466 | 0.011, 2.495 | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:M | | 15164 | | | | | |
| 24 | 0 | 755 | 1.133 | 0 | 0.3221 | , 3.256 | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:MS | | 15164 | | | | | |
| 25 | 1 | 2 | 0.006 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:NURS | | 15164 | | | | | |
| 26 | 0 | 10 | 0.023 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:S | | 15164 | | | | | |
| 27 | 1 | 10 | 0.019 | | | | 1/1/2014 | IN-ACUTE:CC:M | | 17775 | | | | | |
| 28 | 0 | 368 | 0.552 | | | | 1/1/2014 | ICU-OTHER | | IN-ACUTE:CC:MS | 10000 | 3 MS | | 1 | |
| 29 | 0 | 10 | 0.02 | | | | 1/1/2014 | ICU-OTHER | | IN-ACUTE:CC:C | 10000 | 5W | | 1 | |
| 30 | 2 | 10 | 0.019 | | | | 1/1/2014 | ICU-OTHER | | IN-ACUTE:CC:M | 10000 | NEWAUN | | 1 | |
| 31 | 0 | | | | | | | ICU | | IN-ACUTE:CC:NURS | 10000 | NICU 3 | | 1 | |
| 32 | 1 | | | | | | | ICU-OTHER | | IN-ACUTE:CC:S | 10000 | SICU | | 1 | |
| 33 | 1 | | | | | | | ICU | | IN-ACUTE:CC:NURS | 15164 | 10323-5 | | 1 | |
| 34 | 0 | | | | | | | ICU-OTHER | | IN-ACUTE:CC:MS | 15164 | 2T - MSICU | | 3 | |
| 35 | 0 | | | | | | | ICU-OTHER | | IN-ACUTE:CC:S | 15164 | 3N - SICU | | 1 | |

B. 驗證位置中的 CAUTI

注意：以“CLABSI IN VALIDATION LOCATIONS, 驗證位置中的 CLABSI”中的步驟為範例；除以下情況外，使用類似的步驟對“驗證位置中的 CAUTI”中的機構進行排名：

步驟 1 和 2，按照“驗證位置中的 CLABSI”所示，進行操作。

步驟 3，按照上面進行以下修改：選擇“Device Associated Module, 裝置關聯模塊”，->“Urinary Catheter-Associated UTI, 導尿管相關泌尿道感染”，->“SIR – Acute Care Hospital CAU Data , SIR – 急性照護醫院 CAU 資料”。選擇修改按鈕以繼續至前述之修改屏幕。

步驟 4a，如“驗證位置中的 CLABSI”所示進行。

在 4b 部分，導航到“Filters, 過濾”標籤。選擇 utiPlan = Y。在第二行中，通過選擇“locationType”添加另一個規則。選擇“locationType”後，將下一個選項區設置為“equals, 等於”，並將“Value(s), 值”設置為“CC-CC”。（因為您不想包括 NICU 位置之 CAUTI 的曝露計算，所以刪除“CC_N-CC_N”）。通過選擇“Add group, 添加組”，“OR, 或”，然後“add rule, 添加規則”來添加其他驗證位置。滑動到彈出視窗底部，然後選擇“SAVEe, 儲存”。

選擇框應類似於以下屏幕截圖。

The screenshot shows a web-based interface for modifying SIR data. The title bar reads "Modify 'SIR - Acute Care Hospital CAU Data'". Below the title bar, there are several tabs: "Title/Format", "Time Period", "Filters" (which is active), and "Display Options". Under the "Filters" tab, there is a section for "Additional Filters" with "Show" and "Clear" buttons. The filter configuration area contains a tree structure of rules. The top-level rule is "AND OR" with an "Add group" button. Inside this group, there are two sub-rules: 1) "AND OR" with "Add rule" and "Delete" buttons, containing a rule for "utiPlan" with a dropdown set to "equal" and a text input set to "Y". 2) "AND OR" with "Add rule" and "Delete" buttons, containing a rule for "locationType" with a dropdown set to "in" and a text input set to "CC-CC". Below this, there are two more rules: "WARD - WARD" and "WARD_ONC - WARD_ONC", each with a dropdown and a "Delete" button. The interface also includes a checkbox for "Show descriptive variable names (Print List)", the "Analysis Data Set: bs2_CAU_RatesICU_SCA", "Type: SIR", and "Data Set Generated On: 01/04/2017 15:15:00".

步驟 4d, 5、6 和 7，如上所示執行。導出的 SIR 報告 Excel 文件將以多個聚合級別顯示，類似於上面顯示的 CLABSI 資料。

步驟 8，使用 Excel 為所有驗證位置選擇提供機構特定 SIR 的聚合級別。通過這種聚合級別，您可以探索 CAUTI 在驗證地點的暴露風險級別以及每個機構的可衡量表現。將此資料複製到新的電子表格。根據“exposure, 暴露程度”；CAUTI 的預期/預測數[numExp]（從高到低）將機構排定順序，並創建三個標題分別為“Delta count, 差量”，“Stratum, 階層”和“Targeted Selection Number, 目標選擇編號”之縱列。

完成步驟 9-16，為機構依序指配驗證位置之 CAUTI 的目標選擇編號，並如前述抽取 5% 的隨機樣本。

C. COLO 的目標機構排名：

注意：針對外科手術需要 NHSN 中完整的風險調整變量。在打算選擇機構和記錄之前，請與機構合作以確保資料質量和完整性是可接受的。

注意：以“CLABSI IN VALIDATION LOCATIONS, 驗證位置中的 CLABSI”中的步驟為例；除以下情況外，使用類似的步驟對 COLO 驗證的機構進行排名：

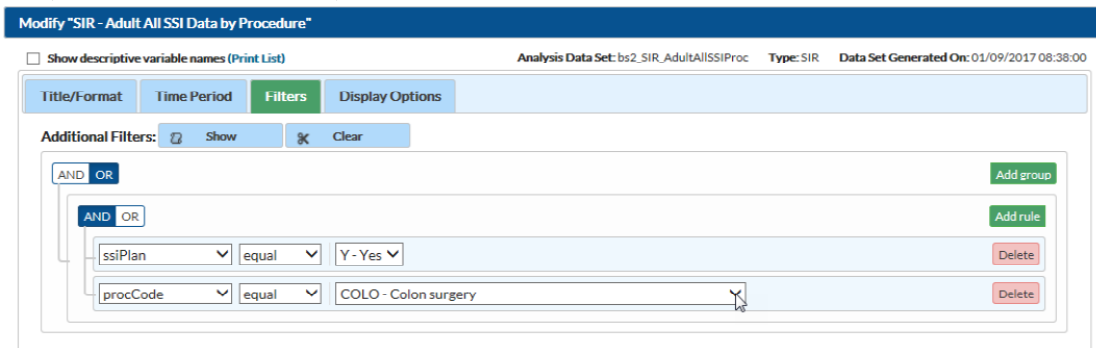
步驟 1 和 2，按照“驗證位置中的 CLABSI”所示，進行操作。

步驟 3，選擇“Procedure-Associated Module, 手術相關模塊”，-> SSI，-> SIR- Adult All SSI Data by Procedure, SIR-成人依手術之所有 SSI 資料。選擇修改按鈕以繼續至前述之修改屏幕。

4a 部分，如“驗證位置中的 CLABSI”所示進行。

步驟 4b，導航到“Filters, 過濾”標籤。選擇 ssiPlan =Y。在第二行中，從下拉選項中選擇“procCODE”。將下一個文件設置為“equals, 等於”，將”Value(s),值”設置為“COLO”。選擇“Save 儲存”。

選擇框應類似於以下屏幕截圖：



步驟 4d, 5、6 和 7，如上所示執行。導出的 SIR 報告 Excel 文件將顯示為多個聚合級別。下面提供了一個 Excel 電子表格的屏幕截圖，以作說明：

| summaryYr | procCount | infCountAll | numExpAll | SIRAll | SIRAll_pval | SIRAll95CI | procCode | orgid | outpatient | months |
|-----------|-----------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------|--|-------|------------|---|
| 1/1/2014 | 39 | 3 | 1.77 | 1.695 | 0.2614 | 0.350, 4.953 | SIR for all facilities, all procedures | | | |
| 1/1/2014 | 39 | 3 | 1.77 | 1.695 | 0.2614 | 0.350, 4.953 | COLO | | | SIR for all facilities, specific procedures |
| 1/1/2014 | 37 | 2 | 1.638 | 1.221 | 0.4873 | 0.148, 4.411 | | 10000 | | |
| 1/1/2014 | 2 | 1 | 0.132 | | | | | 15164 | | SIR for each facility, all procedures |
| 1/1/2014 | 37 | 2 | 1.638 | 1.221 | 0.4873 | 0.148, 4.411 | COLO | 10000 | | *THIS IS THE LEVEL TO EVALUATE* |
| 1/1/2014 | 2 | 1 | 0.132 | | | | COLO | 15164 | | SIR for each facility, specific procedures |
| 1/1/2014 | 37 | 2 | 1.638 | 1.221 | 0.4873 | 0.148, 4.411 | COLO | 10000 | N | 6 |
| 1/1/2014 | 2 | 1 | 0.132 | | | | COLO | 15164 | N | 2 |

步驟 8，使用 Excel 選擇為 COLO SSI 提供機構特定 SIR 的聚合級別（在上面的屏幕快照中以黑色顯示）。通過此聚合級別，您可以探索 COLO SSI 的暴露風險級別以及每個機構的可衡量表現。將此資料複製到新的電子表格。根據“exposure, 暴露程度”；SSI 的預期/預測數量 [numExp]（從高到低）將機構排定順序，並創建三個標題分別為“Deltacount, 差量”，“Stratum, 階層”和“Targeted Selection Number, 目標選擇編號”之縱列。

完成步驟 9-16，為機構依序指配 COLO SSI 的目標選擇編號，並如前述抽取 5% 的隨機樣本。

D. HYST 的目標機構排名:

注意：針對外科手術需要 NHSN 中完整的風險調整變量。在打算選擇機構和記錄之前，請與機構合作以確保資料質量和完整性是可接受的。

注意：以“CLABSI IN VALIDATION LOCATIONS, 驗證位置中的 CLABSI”中的步驟為例；除以下情況外，使用類似的步驟對 HYST 驗證的機構進行排名：

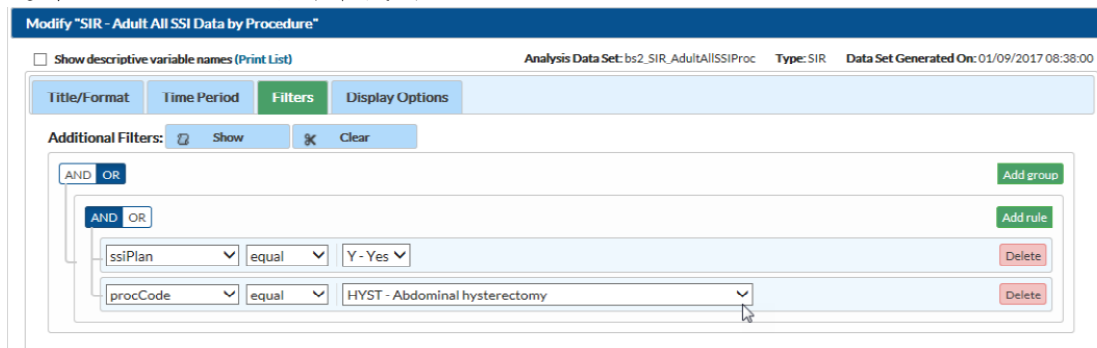
步驟 1 和 2，按照“驗證位置中的 CLABSI”所示，進行操作。

步驟 3，選擇“Procedure-Associated Module, 手術相關模塊”，“-> SSI”，“-> CDC-defined Output, CDC 定義的輸出”，“-> SIR-In-Plan All SSI Data by Procedure, 計劃中 SIR 依手術所有 SSI 資料”。選擇修改按鈕以繼續至前述之修改屏幕。

步驟 4a，如“驗證位置中的 CLABSI”所示進行。

步驟 4b，導航到“Filters, 過濾”標籤。選擇 ssiPlan =Y。在第二行中，從下拉選項中選擇“procCODE”。將下一個選項區設置為“equal, 等於”，將“Value(s), 值”設置為“HYST”。選擇“SAVE, 儲存”。

選擇框應類似於以下屏幕截圖。



步驟 4d, 5、6 和 7，按照“驗證位置中的 CLABSI”中所示執行。導出的 SIR 報告 Excel 文件將以多個聚合級別顯示，類似於上面顯示的 COLO 資料電子表格。

步驟 8，使用 Excel，選擇為 HYST SSI 提供機構特定 SIR 的聚合級別。通過此聚合級別，您可以探索 HYST SSI 的暴露風險級別以及每個機構的可衡量表現。將此資料複製到新的電子表格。根據“exposure, 暴露程度”；SSI 的預期/預測數量[numExp]（從高到低）將機構排序，並創建三個標題分別為“Delta count, 差量”，“Stratum, 階層”和“Targeted Selection Number, 目標選擇編號”之縱列。

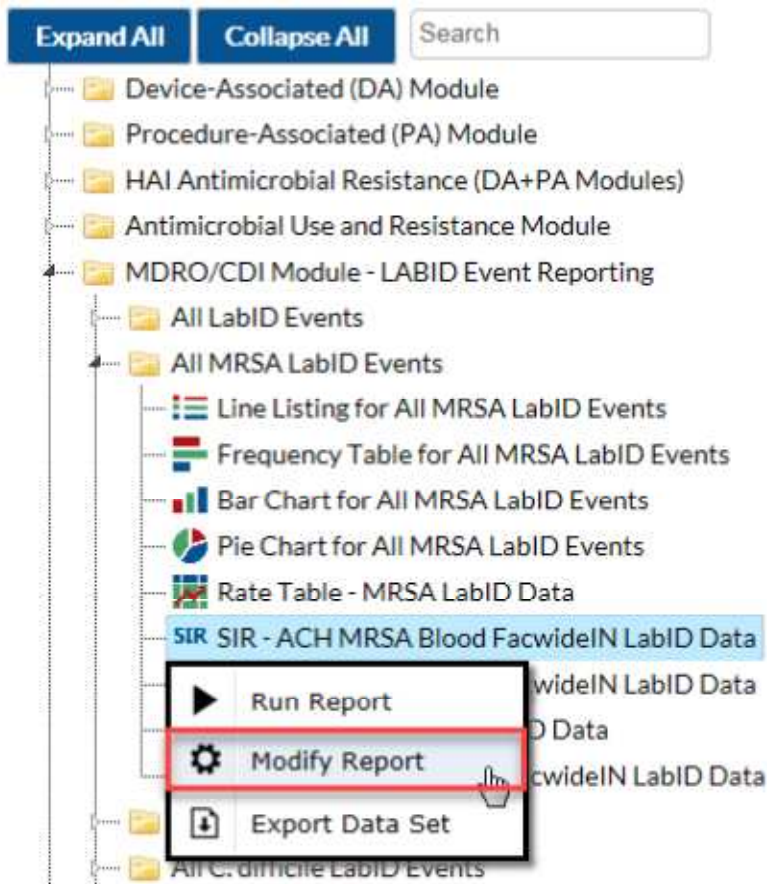
完成步驟 9-16，為機構依序指配 HYST SSI 的目標選擇編號，並如前述抽取 5% 的隨機樣本。

A. MRSA Bacteremia LABID 事件的目標機構排名：

注意：以“CLABSI IN VALIDATION LOCATIONS, 驗證位置中的 CLABSI”中的步驟為例；除以下情況外，使用類似的步驟對 MRSA 細菌性 LabID 事件的機構進行排名：

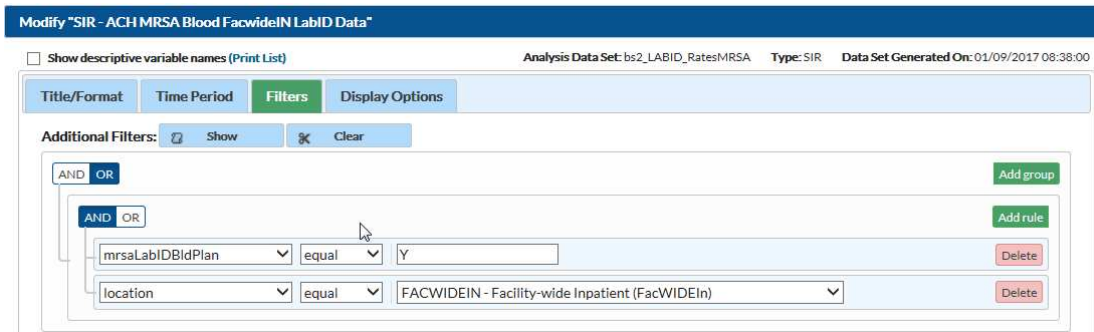
步驟 1 和 2，按照“驗證位置中的 CLABSI”所示，進行操作。

步驟 3 部分，選擇”MDRO/CDI Module-LabID Event Reporting ,MDRO / CDI 模塊-LabID 事件報告”，->”All MRSA LabID events, 所有 MRSA LabID 事件”，-> SIR- ACH MRSA Blood FacwideIN LabID Data, SIR-ACH MRSA Blood FacwideIN LabID 資料。如下面的屏幕截圖所示，選擇修改按鈕。



步驟 4a，如“驗證位置中的 CLABSI”所示進行。

步驟 4b，僅分析 IN-PLAN 資料，故修改選擇標準網格。單擊頂行的第一個框，然後選擇變量“mrsaLabIDbldPlan”；將下一個選項區設置為“equal, 等於”，並將“Value(s), 值”設置為“Y”。在第二行中，從下拉選項中選擇“location, 位置”。將下一個選項區設置為“equal, 等於”，將“Value(s), 值”設置為“FACWIDEIN”，然後選擇“SAVE 儲存”。請參閱下面的屏幕截圖。



注意：進行 IN-PLAN MRSA 所有標本監測的機構也應進行 IN-PLAN MRSA 菌血症監測。NHSN 將這些機構包括在“mrsaLabIDbldPlan”= Y 下。任何不 IN-PLAN 中的監測將被排除。

步驟 4d, 5 和 6, 按照上面驗證位置中 CLABSI 所示進行。

步驟 7, MRSA 菌血症 LabID 事件導出 SIR 報告的 Excel 文件將顯示在多個級別, 外觀應類似於上面顯示 (CDI LabID 事件 FACWIDEIN) 的屏幕截圖。

步驟 8 中, 使用 Excel, 為 MRSA 細菌性 LabID 事件選擇提供機構特定 SIR 的聚合級別。通過此聚合級別, 您可以探索 LabID 事件的暴露風險級別以及每個機構的可衡量表現。將此資料複製到新的電子表格。根據“exposure, 暴露程度”; LabID 事件的預期/預測數量[numExpMRSA] (從高到低), 將機構排序, 並創建三個標題分別為“Delta count, 差量”, “Stratum, 階層”和 “Targeted Selection Number, 目標選擇編號”之縱列。

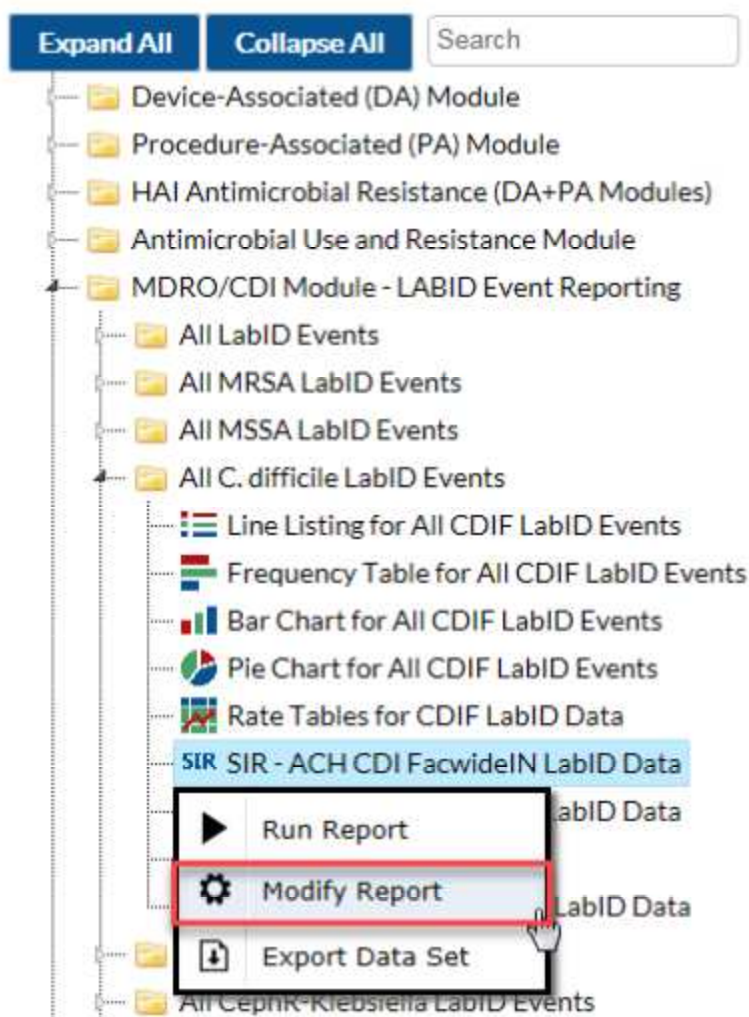
完成步驟 9-16, 為機構依序指配 LabID 事件的目標選擇編號, 並如前述抽取 5% 的隨機樣本。

B. CDI LABID 事件的目標機構排名：

注意：以“CLABSI IN VALIDATION LOCATIONS, 驗證位置中的 CLABSI”中的步驟為例；除以下情況外, 使用類似的步驟對 CDI LabID 事件的機構進行排名：

步驟 1 和 2, 如“驗證位置中的 CLABSI”所示進行操作。

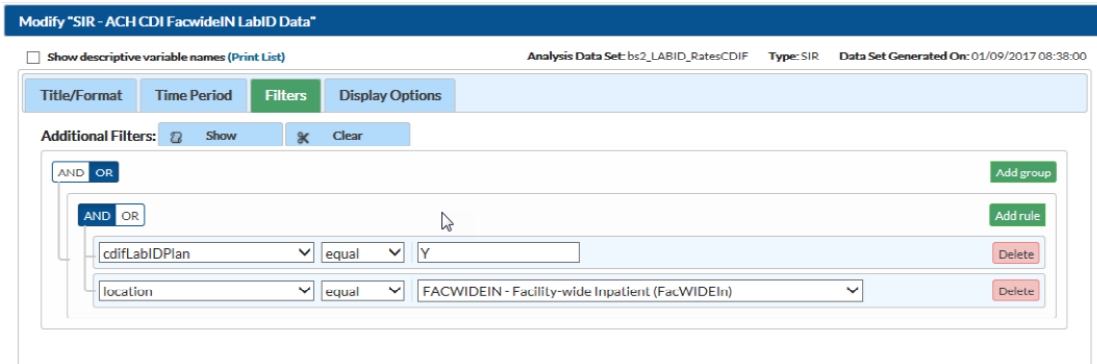
步驟 3, 選擇”MDRO/CDI Module-LabID Event Reporting, MDRO / CDI 模塊-LabID 事件報告”, ->”All C. difficile LabID events, 所有困難腸梭菌 LabID 事件”, -> “SIR- ACH CDI FacwideIN LabID Data, SIR-ACH CDI FacwideIN LabID 資料”。如下面的屏幕截圖所示, 選擇修改按鈕。



步驟 4a, 如“驗證位置中的 CLABSI”所示進行操作。

步驟 4b, 僅分析 IN-PLAN FacWideIN 資料, 故修改選擇標準網格。單擊頂行的第一個框, 然後選擇變量“cdifLabIDPlan”, 將下一個選項區設置為“equal, 等於”, 並將“Value(s), 值”設置為

“Y”。在第二行中，從下拉選項中選擇“location, 位置”。將下一個選項區設置為“equal, 等於”，將“Value(s), 值”設置為“FACWIDEIN”，然後選擇“SAVE, 儲存”。



步驟 4d, 5 和 6, 如“驗證位置中的 CLABSI”中所示執行。

步驟 7, 導出的 SIR 報告 Excel 文件將在多個級別顯示, 如下屏幕截圖所示：

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O |
|----|-----------|-------|-------|---------------------|-----------|------------|-------|-------|----------|-------|--|-------|---|---|---|
| 1 | summaryYr | _TYPE | _FREQ | CDIF_facInCHOCCount | numExpCDI | numpatdays | sir_l | sir_u | SIR_pval | SIR | spcOrgType | orgID | | | |
| 2 | 1/1/2014 | 0 | 175 | 9941 | 8981.348 | 11944462 | 1.085 | 1.129 | 0 | 1.107 | <i>SIR for all facilities in the group</i> | | | | |
| 3 | 1/1/2014 | | | 322 | 235.998 | 254200 | 1.219 | 1.522 | 0 | 1.364 | CDIF | 100 | | | |
| 4 | 1/1/2014 | | | 8 | 57.016 | 68795 | 0.061 | 0.276 | 0 | 0.14 | CDIF | 101 | | | |
| 5 | 1/1/2014 | | | 135 | 95.419 | 158536 | 1.186 | 1.675 | 0.0001 | 1.415 | CDIF | 102 | | | |
| 6 | 1/1/2014 | | | 183 | 168.317 | 183307 | 0.935 | 1.257 | 0.1376 | 1.087 | CDIF | 103 | | | |
| 7 | 1/1/2014 | | | 61 | 129.912 | 186976 | 0.359 | 0.603 | 0 | 0.47 | CDIF | 104 | | | |
| 8 | 1/1/2014 | | | 59 | 67.143 | 83769 | 0.669 | 1.134 | 0.176 | 0.879 | CDIF | 105 | | | |
| 9 | 1/1/2014 | | | 61 | 104.33 | 151973 | 0.447 | 0.751 | 0 | 0.585 | CDIF | 106 | | | |
| 10 | 1/1/2014 | | | 39 | 65.961 | 99509 | 0.42 | 0.808 | 0.0002 | 0.591 | CDIF | 107 | *THIS THE LEVEL TO INVESTIGATE* | | |
| 11 | 1/1/2014 | | | 127 | 116.421 | 124068 | 0.909 | 1.298 | 0.1745 | 1.091 | CDIF | 108 | SIR for each facility in the group | | |
| 12 | 1/1/2014 | | | 140 | 156.752 | 229709 | 0.751 | 1.054 | 0.0954 | 0.893 | CDIF | 109 | | | |
| 13 | 1/1/2014 | | | 91 | 40.829 | 68914 | 1.794 | 2.737 | 0 | 2.229 | CDIF | 110 | | | |
| 14 | 1/1/2014 | | | 6 | 54.44 | 81964 | 0.04 | 0.24 | 0 | 0.11 | CDIF | 111 | | | |
| 15 | 1/1/2014 | | | 144 | 134.459 | 168483 | 0.903 | 1.261 | 0.2161 | 1.071 | CDIF | 112 | | | |
| 16 | 1/1/2014 | | | 38 | 63.655 | 95871 | 0.422 | 0.819 | 0.0004 | 0.597 | CDIF | 113 | | | |
| 17 | 1/1/2014 | | | 52 | 64.913 | 76570 | 0.598 | 1.051 | 0.0579 | 0.801 | CDIF | 114 | | | |
| 18 | 1/1/2014 | | | 13 | 30.273 | 49980 | 0.229 | 0.734 | 0.0003 | 0.429 | CDIF | 115 | | | |
| 19 | 1/1/2014 | | | 29 | 72.694 | 107924 | 0.267 | 0.573 | 0 | 0.399 | CDIF | 116 | | | |
| 20 | 1/1/2014 | | | 57 | 80.046 | 115823 | 0.539 | 0.923 | 0.0042 | 0.712 | CDIF | 117 | | | |

步驟 8, 使用 Excel 為 CDI LabID 事件選擇提供機構特定 SIR 的聚合級別 (在上面的屏幕快照中以黑色顯示)。通過此聚合級別, 您可以探索 LabID 事件的暴露風險級別以及每個機構的可衡量表現。將此資料複製到新的電子表格。根據“暴露程度”; LabID 事件的預期/預測數量 [numExpCDI] (從高到低), 將機構排序, 並創建三個標題分別為“Delta count, 差量”, “Stratum, 階層”和“Targeted Selection Number, 目標選擇編號”之縱列。

完成步驟 9-16, 為機構依序指配 LabID 事件的目標選擇編號, 並如前述抽取 5% 的隨機樣本。

3.4 目標病歷取樣概述

為了取樣，一個病歷是指單次機構住院病人的病歷，也稱為一個照護事件。對於外科手術，照護事件是指該手術以及在監測追蹤期中記錄的所有相關醫療事件。對於要驗證的每個 HAI，建議以每個機構取得 60 個病歷/照護事件記錄之樣本數為目標。

為了驗證 CLABSI，CAUTI，COLO 和 HYST，已報告 NHSN 的感染事件將審查最多 20 個事件。如果已報告 NHSN 的事件超過 20 個事件，則應隨機取樣選擇 20 個事件。如果已報告事件少於 20 個，則應審查所有事件。此外，要為每個 HAI 建立合格（候選）病歷的抽樣框架，並從中選取 40 個未報告的“候選事件”，在可能的情況下要選擇事件發生風險增加的病歷。下文介紹了每種類型 HAI 的候選事件定義，以及以 HAI 風險增加為目標的候選事件的方法。因此，對每個機構的每一個 HAI，包含已報告或候選事件，將進行（最多）60 個照護事件之查核。

為了驗證 MRSA 菌血症和 CDI LabID 事件，候選事件以陽性檢驗結果來定義。根據住院照護期間所做的一項或多項合格的實驗室檢測，選擇六十（60）個照護事件，同時要查核醫院實驗室和 ADT 系統的資訊。查核二十（20）個照護事件，以辨識首次可報告的 NHSN LabID 事件。並查核 40 個照護事件，以確定是否已經向 NHSN 報告選擇性（非首次）實驗室事件。如果已報告的事件少於 20 個，則查核所有事件。

樣本結構

- 驗證位置中的 CLABSI，驗證位置中的 CAUTI，COLO 和 HYST，每種（最多）60 個病歷，包括
 - （最多）20 個已報告的 HAI
 - （目標）40 個未報告的候選 HAI。對於驗證位置中的 CLABSI，將按 NICU (新生兒重症照護病房) 和成人/兒科 ICU 位置，及其他驗證位置進行分層，並優先依目標病原體分級。對於 CLABSI 和 CAUTI，許多候選培養由於沒有裝置（中央導管或導尿管），會先刪除。對於 COLO 和 HYST，外科手術時的病歷以及監測期中的所有其他記錄，將被審查。
- 候選 MRSA 菌血症 LabID 事件和候選 CDI LabID 事件，每種（目標）60 個照護事件，包括
 - （最多）20 件“首次”陽性檢驗之照護事件
 - （最多）40 件“非首次”陽性檢驗之照護事件

向機構要求的清單

為了找出未報告的“候選”CLABSI，CAUTI，MRSA 菌血症 LabID 事件和 CDI LabID 事件，需要一個病歷和/或陽性檢驗的取樣框架，在審查之前要得到被驗證機構的協助（請參閱下表以及有關病歷選擇的具體說明）。對於 COLO 和 HYST SSIs，所需的採樣框架來自 NHSN 中已經輸入且可取得的 COLO 和 HYST 手術，然而在進行取樣之前，要確保手術風險調整變量的完整性，因為這些變量要用來確定目標。

為了 CLABSI, CAUTI, MRSA 細菌血症和 CDI LabID 事件採樣，向機構要求的清單

| 要驗證之 HAI 事件 | 要求機構的清單 (附錄 1.1 有詳細說明) | 清單定義以下採樣框架的元素 |
|-------------------|--|---|
| 驗證位置中的 CLABSI | 驗證位置和 NICU 含已鑑定之微生物的血液標本清單 ^a ，其中包含病人 ID 和入院日期 | 照護事件 (由病人 ID 和單一入院日期確定) 有一或多個驗證位置已鑑定微生物之血液標本 (包括 NICUs) |
| 驗證位置中的 CAUTI | 驗證位置 (非 NICU) 的陽性尿液培養 ^b 的清單 ^a ，有病人 ID 和入院日期 | 照護事件 (由病人 ID 和單一入院日期確定) 有一或多個驗證位置之陽性尿液培養 ^b (不包括 NICUs) |
| MRSA 菌血症 LabID 事件 | Inpatient ^c blood specimens positive for MRSA 住院病人 ^c 陽性 MRSA 血液標本 | 照護事件有一或多個住院 ^c 陽性 MRSA 血液標本 |
| CDI LabID 事件 | 住院病人 ^c 糞便 ^d — 困難腸梭菌陽性，但排除嬰兒所在場所 ^e | 照護事件有一或多個住院病人 ^c 糞便 ^d — 困難腸梭菌陽性，但排除嬰兒所在場所 ^e |

^a 培養清單應包括在任何驗證位置 (VL) 停留期間，離開 VL 當天或出院後 1 個日曆天內採檢的所有陽性培養

^b 尿液陽性培養中所鑑定的病原體不超過 2 種，並且至少一種的細菌量大於或等於 10⁵ CFU / ml

^c 對於 LabID 事件，急診室 (ED) 和 24 小時觀察區的標本要包含進 FacWideIN 中。入院當天從其他附屬門診位置收集的標本被視為住院標本，並歸因於入院位置。

^d 實驗室的監測指南建議僅對未成形的糞便標本進行困難腸梭菌檢測，並拒絕檢驗成形糞便。

^e 嬰兒所在場所包括有 80% 或以上嬰兒 (≤1 歲) 的場所；通常是新生兒重症監護病房 (NICU)，新生兒托兒所和特殊照護托兒所。 LDRP 場所的嬰兒也應排除在外。

3.5 目標病歷逐步選擇

A. 驗證位置中的 CLABSI 目標病歷選擇流程

1. 要求每個選定的機構，將清單安全的傳輸，清單中應列出全年所有驗證位置向 NHSN 報告的所有陽性血液標本，並要附加用於病歷識別和與 NHSN 報告匹配的變量（參見附錄 1.1。建議之清單結構）。
2. 使用 NHSN 中的位置地圖資訊，確保清單中包括了所有驗證位置被要求報告給 NHSN 之 CLABSI 的陽性血液標本。
3. 給每個陽性血液標本分配一個從 1 開始的序號。
4. 按 MRN(Medical Record number, 病歷號碼)和入院日期對血液標本清單進行排序，以生成具有相同 MRN 且在相同入院日期內的血液標本簇集，這也稱為單一照護事件(unique episode of care)。
5. 在血液標本清單中辨別已報告的 CLABSI。
 - a) 使用 NHSN CLABSI 清單和血液標本清單上的可知病人資料，標記和標誌已報告 CLABSI 的血液標本。創建一個新變量“stratum, 階層”，並將同一照護事件中的這些血液標本和所有其他血液標本分配為第 1 階層。
 - b) 如果血液標本清單中缺失已報告的 CLABSI，則該清單可能不完整。調查並糾正此問題，將忽略的 CLABSI 記錄添加到病歷查核清單中。
6. 從驗證位置選擇（最多）20 個已報告 CLABSI 的簡單隨機樣本進行查核
 - a) 選擇 stratum(階層)= 1。
 - b) 按 MRN 和入院日期隨機排序。
 - c) 選擇前 20 個隨機數之單一照護事件（由 MRN 和入院日期定義）作為已報告 CLABSI 記錄的樣本
 - d) 如果少於 20 個目標事件，請查核第 1 階層中的所有事件。
7. 辨別未報告的候選 CLABSI 事件並按目標病原體進行分層
 - a) 選擇不等於 1 的階層(stratum)
 - b) 按病原體對非第 1 階層血液標本進行分類（僅針對微生物 1）
 - i. 如果微生物 (Org1) 是“目標病原體”（請參見下面的列表），則將陽性血液標本分配給階層 2。如果微生物 (Org1) 不是“目標病原體”，則將陽性血液標本分配給階層 3。
 - ii. 目標病原體：
 - 1) *Candida spp., Torulopsis spp.* (yeast)
 - 2) *Enterococcus spp.*
 - 3) *Staphylococcus aureus* (includes MRSA, MSSA)
 - 4) Coagulase-negative staphylococcus (includes most staphylococcus spp. other than *S. aureus*, MRSA, MSSA)
 - 5) *Klebsiella spp., E. coli, or Pseudomonas spp.* (common gram negatives)
8. 在未報告的候選 CLABSI 事件中，使用位置資訊來辨別 NICU 與成人/兒科 ICU 記錄（如果機構沒有 NICU，請跳至下面的步驟 10，並從成人/兒科 ICU 中選擇 10 個其他病歷以篩選樣本。）
 - a) 依驗證位置類型（NICU 與其他驗證位置）對血液標本重新排序，並創建變量 NICU（是/否）。為每個血液標本分配 NICU 狀態。
9. 選擇 NICU 篩選樣本。
 - a) 選擇 NICU =是，階層= 2（目標病原體）
 - b) 按 MRN 和入院日期隨機排序

- c) 選擇前十個隨機數的單一照護事件（由 MRN 和入院日期定義），作為包含候選 CLABSI 的 NICU 記錄樣本。
 - d) 如果階層 2 血液標本的 NICU 病歷未達 10 個，則用階層 3 血液標本的 NICU 記錄補充 NICU 樣本（其中 NICU = 是，階層 = 3）。將階層 3 之最初病歷（單一 MRNs 的最低隨機數）加入 NICU 中選出的病歷中，總共 10 個。
10. 選擇非 NICU 篩選樣本
- a) 選擇 NICU = 否，階層 = 2（目標病原體）
 - b) 按 MRN 和入院日期隨機排序
 - c) 選擇前 30 個隨機數的單一照護事件（由 MRN 和入院日期定義），作為驗證位置病歷候選 CLABSI 的樣本。
 - d) 如果階層 2 血液標本的驗證位置病歷未達 30 個，則用階層 3 血液標本（其中 NICU = 否，階層 = 3）補充非 NICU 病歷標本。將階層 3 之最初病歷（單一 MRNs 的最低隨機數）加入從驗證位置選出之病歷，總共 30 個。
11. 最終的篩選樣本應包含：（最多）20 個已報告 CLABSI 的病歷，以及（最多）40 個病歷，分屬 NICU（如果有）和其他驗證位置。
12. 如果不同目標病原體之間的病歷數不能很好地平衡，考慮於選擇病歷後調整，以包括不同微生物，來評估各種監測技能，如下所述。

在要求病歷進行審核之前，請從 NHSN 下載（“凍結”）該機構的報告資料

為什麼要針對 CLABSI 病原體？

目標病原體提供了評估機構正確使用 NHSN CLABSI 定義不同組成的能力。例如：

- *Candida* (念珠菌) 及 *torulopsis* (yeast) spp. 常見於痰液標本中，但很少引起真正的醫療照護相關性肺炎。NHSN 提醒不要在免疫健全的病人報告念珠菌性肺炎，除非根據 PNU 的定義在肺組織切片或肋膜積液中有侵入性感染的證據。這些限制在呼吸器相關事件 (VAE) 中更被進一步規範 (禁止)。念珠菌 BSI 在接受靜脈營養的 ICU 病人中很常見。查核念珠菌 BSI 病歷，可以查找機構錯誤分類的機會。
- 一些機構在入院時進行 MRSA 主動監測檢驗，會錯誤地認為入院時即有 MRSA 移生之病人，不需要因 CLABSI 查核其 MRSA 血流感染。
- 腸內菌包括腸球菌和革蘭氏陰性桿菌等在內，可以顯示該機構能否區分原發性血流感染與其他原發感染 (如 UTI, GIT 或 IAB) 引起之繼發性血流感染。有興趣的州也可以評估 mucosal barrier injury (粘膜屏障損傷) 報告定義使用，雖然這些未包含在本工具包中。
- 機構需要知道如何正確報告常見共生菌的單一和確認的分離株，如 coagulase-negative staphylococcus (凝固酶陰性葡萄球菌)，並能辨識該微生物實驗室使用的其他同義詞 (例如 *Staphylococcus epidermidis*, 表皮葡萄球菌)。

B. 驗證位置中的 CAUTI 目標病歷選擇流程

1. 要求每個選定的機構，將清單安全的傳輸，清單中應列出全年所有驗證位置向 NHSN 報告的所有陽性尿液培養，並要附加用於病歷識別和與 NHSN 報告匹配的變量（參見附錄 1.1。建議之清單結構）。
2. 使用 NHSN 中的位置地圖資訊，確保清單中包括了所有驗證位置被要求報告給 NHSN 之 CAUTIs 的陽性尿液培養。
3. 給每個陽性尿液培養由 1 – x，分配一個序號。
按 MRN 和入院日期對尿液培養清單進行排序，以生成具有可識別病人記錄的尿液培養簇集，這也稱為單一照護事件。
4. 辨別尿液培養清單中已報告的 CAUTI。
 - a) 使用 NHSN CAUTI 清單和尿液培養清單上的可知病人資料，標記和標誌已報告 CAUTI 的尿液培養。創建一個新變量“stratum, 階層”，並將同一照護事件中的這些尿液培養和所有其他尿液培養分配為第 1 階層。
 - b) 如果尿液培養清單中缺失已報告的 CAUTI，則該清單可能不完整。調查並糾正此問題，將忽略的 CAUTI 記錄添加到病歷查核清單中。
5. 從驗證位置中選擇（最多）20 個已報告 CAUTI 的簡單隨機樣本進行查核。
 - a) 選擇 stratum(階層)= 1
 - b) 按 MRN 和入院日期隨機排序。
 - c) 選擇前 20 個隨機數的單一病人照護事件（由 MRN 和入院日期定義），作為已報告 CAUTI 記錄的樣本。
6. 辨別未報告的候選 CAUTI 事件。
 - a) 選擇不等於 1 的階層。
7. 選擇篩選樣本
 - a) 按 MRN 和入院日期隨機排序（如果有）
 - b) 選擇前 40 個隨機數的單一病歷（由 MRN 和入院日期定義）
8. 最終的篩選樣本應包含：（最多）20 個已報告 CAUTI 的病歷，以及（最多）40 個來自驗證位置沒有報告 CAUTI 的病歷。

在要求病歷進行審核之前，請從 NHSN 下載（“凍結”）該機構的報告資料

C. COLO 手術目標病歷選擇流程

1. 使用 NHSN，按照以下步驟下載 2019 年所有 COLO 手術的清單：
 - a) 登錄到 NHSN 以取得要驗證的機構和病人安全模塊。
 - b) 在左側導航欄中，單擊“Analysis, 分析”，然後單擊“Reports, 報告”。
 - c) 選擇標題為“Advanced, 進階”的文件夾，然後選擇“Procedure-level Data, 手術-級別資料”，“Modify, 修改”。
 - d) 選擇“Line Listing – All Procedures, 清單-所有手術”，然後選擇“Modify Report, 修改報告”按鈕。
 - e) 將標題更改為“Line Listing – COLO Procedures 2019, 清單-COLO 手術 2019”
 - f) 在“Title/Format, 標題/格式”下，選擇 Excel (xls)，並考慮是否要選“Show Descriptive Labels, 顯示描述性標籤”框。此選項將使變量名稱變長（更明確），但是如果您知道變量名稱，則通常不需要。

- g) 選擇“time period, 時間段”，然後選擇 ProcDateYr，在“Beginning, 開始”輸入 2019，在“Ending, 結束”輸入 2019。
 - h) 選擇“Filter, 過濾”執行以下操作：
 - i. 在“add rule, 添加規則”下，使用下拉列表並選擇“procCode”
 - ii. 在下一個下拉列表中，選擇“equals, 等於”，然後選擇“COLO-Colon surgery, COLO-結腸手術”
 - iii. 選擇“add rule, 添加規則”以添加另一行。使用下拉列表，選擇“outpatient, 門診病人”，然後等於“否”
 - iv. 選擇“ageAtProc”
 - v. “ageAtProc”，等於或大於“18”
 - i) 選擇“Display Variables, 顯示變量”，選擇“Modify List, 修改列表”；保留預設的變量：orgID，patID，DOB，gender(性別)，procID，procDate 和 procCode。從左側列表中雙擊添加變量：ProcDateYr，outpatient(門診病人)，ageAtProc（確保已選擇 2019 年住院成人 COLO 手術），anaesthesia(麻醉)，asa，procDurationHr，procDurationMin，Scope，medAff，numBeds，swClass 和 bs2_modelRiskAdultAll（變量將用於選擇易導致 SSI 的高風險手術）。
 - j) 選擇“Sort Variables, 排序變量”；從右側列表中雙擊來移除 procCode（所有手術將為 COLO）。通過雙擊左側框中的變量來添加 procID；它將移至右側的框。如果需要，請單擊“Save, 儲存”以備將來使用：“COLO 手術 2019 的清單”。
 - k) 選擇“Run, 運行”。您應該在 Excel 中看到一個清單，該清單按 procID 從最低到最高的順序排序。
2. 接下來，將辨別已向 NHSN 通報 SSI 的所有手術。此步驟，請返回 NHSN “Analysis Output Options, 分析輸出選項”。這次，選擇標題為“Procedure-Associated Module, 手術相關模塊”，“SSI”的文件夾。
- a) 選擇“Line Listing – All SSI Events, 清單–所有 SSI 事件”，然後“Modify Report, 修改報告”。
 - b) 標題更改為“Line Listing – COLO SSI Events 2019, 清單–COLO SSI 事件 2019”。
 - c) 可選：決定是否要使用“Variable Labels, 變量標籤”，然後點擊選框以顯示說明。
 - d) 在“Forma, 格式”下，選擇 Excel (xls)。
 - e) 選擇“Time, 時間”選擇 ProcDateYr，在“Beginning, 開始”輸入 2019，在“Ending, 結束”輸入 2019。
 - f) 選擇“Filter, 過濾”“Specify Other Selection Criteria, 指定其他選擇標準”，執行以下操作：
 - i. 在“Add rule, 添加規則”下，從下拉框中選擇“procCode”。
 - ii. 在下一個選項區中，從下拉框中選擇“equals, 等於”，然後在下一個框中選擇“COLO-Colon surgery, COLO-結腸手術”。
 - iii. 單擊“Add rule, 添加規則”按鈕添加一行。
 - iv. 從下拉框中選擇“outpatient, 門診病人”。
 - v. 在下一個選項區，從下拉框中選擇“equals, 等於”，然後在下一個框中選擇“否”。
 - vi. 單擊“Save, 儲存”
 - g) 在“Display Variables, 顯示變量”下，保留預設的變量：orgID，patID，DOB，gender(性別)，eventType，spcEvent，procDate 和 procCode。添加以下內容：admitDate（這是該手術的入院日期），eventID 和 eventDate。雙擊其餘變量將其刪除。

- h) 選擇“Sort Variables, 排序變量”，然後選擇 linkedproc。這與手術文件中的 procID 變量相同。注意：如果找不到 linked procedure(相關聯的手術)，則此 SSI 可能已屬計劃外。您可以使用其他變量 (procDate, patID 等) 來探討這 SSI。
3. 返回手術文件；標記已報告 SSI 的任何手術作為已報告案例。選擇不超過 20 個。如果少於 20 個，則查核所有 SSI。所有其他 SSI 則為候選 SSI。選擇 40 個具有最高 SSI 風險的候選 SSI (“bs2_modelRiskAdultAll”) 進行查核。

在要求病歷進行審核之前，請從 NHSN 下載 (“凍結”) 該機構的報告資料

D. HYST 手術目標病歷選擇流程

1. 按照上面針對 COLO 概述的步驟，使用 NHSN 下載 2019 年所有 HYST 手術的清單。如果您已保存了用於下載 COLO 手術清單的模板，則可以進行一些小的修改來下載 HYST 手術，而不必重新開始（在輸入“COLO”的地方，將其替換為“HYST”）。
2. （如上述 COLO），使用 NHSN，按照上述步驟下載 2019 年所有 HYST SSI 的清單，然後將“COLO”替換為“HYST”。
3. （如上述 COLO）返回 HYST 手術文件；標記任何已報告 SSI 的 HYST 手術作為已報告病例。選擇不超過 20 個。如果少於 20 個，則查核所有 SSI。所有其他 SSI 作為候選 SSI。選擇 40 個具有最高 SSI 風險的候選 SSI (“bs2_modelRiskAdultAll”) 進行查核。

在要求病歷進行審核之前，請從 NHSN 下載 (“凍結”) 該機構的報告資料

E. 用於驗證 MRSA 菌血症 LabID 事件的選擇策略

1. 要求每個選定的機構，將清單安全的傳輸，清單列出全年所有住院位置/ED/24 小時觀察區的所有陽性 MRSA 血液培養，並要附加用於病歷識別和與 NHSN 報告匹配的變量參見附錄 1.1。建議之清單結構）。應鼓勵機構以電子表格（例如 Excel）格式提供此清單。
2. 按標本日期將清單排序。依序為清單中的每個陽性 MRSA 血液培養分配序號[1 至 X]。這將用於隨機樣本選擇。
3. 接下來，按病人 ID，入院日期和標本日期將清單進行排序。這樣可以辨別出個別病人之照護事件（單一的入院日期和病人 ID），並確定在一照護事件中是否只有一個或有多個 MRSA 血液培養。
4. 將原始清單分為兩個列表：[A]首次病人標本（將單一的照護事件中之首次標本分出來建立）和[B]非首次標本（分出首次標本後之所有剩餘標本）。這可能需要進行手動排序。
5. 從列表[B]（非首次標本）開始，隨機抽取 40 個標本的樣本，用於評估所選標本是否已向 NHSN 報告。任何照護事件僅取樣一次。
6. 使用清單[A]（首次病人標本）隨機抽取 20 個標本的樣本，這些樣本將用於在一照護事件中找出首次可報告的 LabID 事件。在這種情況下，驗證者將找出 MRSA 血培養陽性而在入院日期從相關門診地點（非 ED/24 小時觀察區）收集，或過去 14 天內之近期住院期間來自同一住院地點收集的合格標本，卻未列在住院病人名單上之證據，

在要求病歷進行審核之前，請從 NHSN 下載 (“凍結”) 該機構的報告資料

F. *C. difficile*(困難腸梭菌)感染 (CDI) LabID 事件進行驗證的選擇策略

1. 要求每個選定的機構，將清單安全的傳輸，清單列出全年所有住院位置/ED/24 小時觀察區的所有陽性困難腸梭菌糞便標本，並要附加用於病歷識別和與 NHSN 報告匹配的變量參見附錄 1.1。建議之清單結構)。應鼓勵機構以電子表格 (例如 Excel) 格式提供此清單。
2. 按標本日期對清單進行排序。為列表中的每個陽性 CDI 分配一個序號[1 到 X]。這將用於隨機樣本選擇。
3. 接下來，按病人 ID，入院日期和標本日期對清單進行排序。這能夠辨別出個別病人照護事件 (單一的入院日期和病人 ID)，並確定在一個照護事件中是否只有一個住院 CDI 標本或多個住院 CDI 標本。
4. 將原始清單分為兩個列表：[A]首次病人標本 ((將單一的照護事件中之首次標本分出來建立) 和[B]非首次標本 (分出首次標本後之所有剩餘標本)。這可能需要一些手動排序。
5. 從列表[B] (非首次標本) 開始，隨機抽取 40 個標本的樣本，以評估所選標本是否已向 NHSN 報告。任何照護事件僅取樣一次。
6. 使用清單[A] (首次病人標本) 隨機抽取 20 個標本的樣本，這些樣本將用於在一照護事件中找出首次可報告的 LabID 事件。在這種情況下，驗證者將找出 CDI 陽性而在入院日期從相關門診地點 (非 ED/24 小時觀察區) 收集，或過去 14 天之近期住院期間來自同一住院地點收集的合格標本，卻未列在住院病人名單上之證據，

在要求病歷進行審核之前，請從 NHSN 下載 (“凍結”) 該機構的報告資料

注意：為了便於使用和列印，病歷摘要工具 (MRATs) 和 MRATs 使用說明，位於分開的文件，位於“驗證”網頁之“支援文件”下

第 4 章：方法 2-使用累積歸因差異 (CAD) 方法對機構和病歷進行目標抽樣

第 3 章中介紹的針對機構和病歷的目標抽樣建議，建議使用目標抽樣方法選擇機構，以便在最可能發生 HAI 的患者人數較多的機構中優先進行驗證。HAI 數據驗證工作的最新報告表示，對 HAI 事件的收案不足仍然令人關注。在按“預測/期望數量或事件”和 SIR 值排序的機構之間優先進行驗證，將具有 SIR 計算值的相對較大的機構限制在驗證範圍之內，並排除可能存在報告不足的較小規模的機構。

對醫療機構進行優先級排序的另一種方法是使用累積歸因差異 (CAD) 方法。CAD 定義為觀察到的 HAI 事件數量與機構特定預期事件數量之間的差異值。機構間如果報告的事件為零或很少，則將生成負 CAD 值，表示在給定時間段內，HAI 較少發生的次數超過了統計上的預測值，並且達到或超過了 SIR 目標。CAD 的負值越大，表示 HAI 事件的預測數量和觀察數量之間的差距越大。在時間範圍內報告很少或沒有報告事件的機構，可優先選擇最大的負 CAD 值，以幫助評估資料的準確性。

4.1 機構選擇的排名算法

A. 按照第 3 章步驟目標機構排名中步驟 1-7，以 CLABSI 為例。

1. 在 Excel 中，選擇為所有驗證位置提供特定於機構的 SIR 的級別。這種聚合水平將使您能夠探索 CLABSI 在驗證位置的暴露風險水平以及在每個位置測量機構的性能表現。

| | | | | | | | |
|----|---------|-------|--------|-------|--------------|-----------------------|---|
| 4 | 1.71106 | 1030 | 0.1252 | 2.338 | 0.743, 5.639 | IN:ACUTE:CC:M_PED | |
| 2 | 3.18614 | 2824 | 0.5558 | 0.628 | 0.105, 2.074 | IN:ACUTE:CC:NS | |
| 7 | 9.78433 | 7188 | 0.3846 | 0.715 | 0.313, 1.415 | IN:ACUTE:CC:NURS | SIRs for each location types |
| 9 | 17.3151 | 15646 | 0.0327 | 0.52 | 0.253, 0.954 | IN:ACUTE:CC:S | |
| 2 | 3.26009 | 2124 | 0.631 | 0.613 | 0.103, 2.027 | IN:ACUTE:CC:T | |
| 0 | 0.79606 | 670 | | | | IN:ACUTE:CC_STEP:NURS | |
| 3 | 5.18805 | 4183 | 0.3493 | 0.578 | 0.147, 1.574 | HOSP-GEN | |
| 1 | 9.06437 | 7682 | 0.0013 | 0.11 | 0.006, 0.544 | HOSP-GEN | |
| 2 | 7.57817 | 6272 | 0.0235 | 0.264 | 0.044, 0.872 | HOSP-GEN | |
| 0 | 0.42346 | 562 | | | | HOSP-GEN | |
| 0 | 0.7199 | 823 | | | | HOSP-GEN | *THIS IS THE LEVEL TO EVALUATE* |
| 2 | 1.0873 | 1253 | 0.3934 | 1.839 | 0.308, 6.077 | HOSP-GEN | Facility-specific SIRs combining all location types |
| 0 | 0.44531 | 591 | | | | HOSP-GEN | |
| 1 | 1.05264 | 933 | 1 | 0.95 | 0.048, 4.685 | HOSP-GEN | |
| 13 | 18.5196 | 15267 | 0.1921 | 0.702 | 0.390, 1.170 | HOSP-GEN | |
| 0 | 0.15574 | 232 | | | | HOSP-GEN | |
| 1 | 1.52725 | 1760 | 0.7659 | 0.655 | 0.033, 3.229 | HOSP-GEN | |
| 3 | 1.57237 | 1812 | 0.2846 | 1.908 | 0.485, 5.193 | HOSP-GEN | |
| 2 | 3.60045 | 3149 | 0.4283 | 0.555 | 0.093, 1.8 | CC | |
| 1 | 1.5876 | 1034 | 0.7334 | 0.63 | 0.032, 3.1 | CC_N | facility and location types |
| 1 | 8.26831 | 7012 | 0.0026 | 0.121 | 0.006, 0.5 | CC | |
| 0 | 0.79606 | 670 | | | | CC_N | |

2. 選擇這些橫列，然後將這些資料複製到新的分頁中貼上。在數據上方插入一列，然後複製並黏上標題列以便在新頁面上標識變量。接下來，使用變量” numPred”（預測的事件）對機構進行遞減排序（從高到低）。完成此步驟後，機構將依 numPred 值降序排列。

| infCount | numPred | numcliday | SIR_pval | SIR | sir95ci | locationTy | locCDC | orgID | facType |
|----------|----------|-----------|----------|-------|--------------|------------|--------|--------|-----------|
| 13 | 18.51959 | 15267 | 0.1921 | 0.702 | 0.390, 1.170 | | | 100008 | HOSP-GEN |
| 22 | 15.32671 | 9910 | 0.1034 | 1.435 | 0.922, 2.138 | | | 100030 | HOSP-CHLD |
| 10 | 9.736101 | 8387 | 0.8926 | 1.027 | 0.522, 1.831 | | | 100014 | HOSP-GEN |
| 8 | 9.542312 | 7958 | 0.6509 | 0.838 | 0.389, 1.592 | | | 100046 | HOSP-GEN |
| 1 | 9.064373 | 7682 | 0.0013 | 0.11 | 0.006, 0.544 | | | 100001 | HOSP-GEN |
| 2 | 7.578169 | 6272 | 0.0235 | 0.264 | 0.044, 0.872 | | | 100002 | HOSP-GEN |
| 7 | 5.689505 | 4581 | 0.5585 | 1.23 | 0.538, 2.434 | | | 100022 | HOSP-GEN |
| 4 | 5.504663 | 4879 | 0.558 | 0.727 | 0.231, 1.753 | | | 100027 | HOSP-GEN |
| 2 | 3.159258 | 2784 | 0.5651 | 0.633 | 0.106, 2.284 | | | 100005 | HOSP-GEN |
| 2 | 2.437844 | 2304 | 0.8601 | 0.82 | 0.138, 2.284 | | | 100007 | HOSP-GEN |
| 0 | 1.945079 | 1724 | 0.143 | 0 | 1.540 | | | 100040 | HOSP-GEN |
| 3 | 1.572374 | 1812 | 0.2846 | 1.908 | 0.485, 5.112 | | | 100026 | HOSP-GEN |
| 1 | 1.527251 | 1760 | 0.7659 | 0.655 | 0.033, 3.229 | | | 100005 | HOSP-GEN |
| 2 | 1.329405 | 1357 | 0.5333 | 1.504 | 0.252, 4.976 | | | 100004 | HOSP-GEN |
| 0 | 1.242188 | 1101 | 0.2888 | 0 | 2.412 | | | 100005 | HOSP-GEN |
| 2 | 1.087298 | 1253 | 0.3934 | 1.839 | 0.308, 6.077 | | | 100005 | HOSP-GEN |
| 1 | 1.052644 | 933 | 1 | 0.95 | 0.048, 4.685 | | | 100007 | HOSP-GEN |
| 1 | 0.915067 | 934 | | | | | | 100040 | HOSP-GEN |
| 0 | 0.745158 | 989 | | | | | | 100026 | HOSP-GEN |
| 0 | 0.719899 | 823 | | | | | | 100004 | HOSP-GEN |
| 2 | 0.669096 | 888 | | | | | | 100023 | HOSP-GEN |

Sort the facilities in the descending order of number of predicted infections (numPred) and compute the 75th percentile value of the variable numPred

按降序排列機構預計感染數的順序 (numPred)，並計算 numPred 值的第 75 個百分位數值

3. 使用 Excel 中的 *Percentile.inc* 函數，生成的可變柱“numPred”為驗證一個四分位數分配期間（至少兩個季度）。在該步驟中，*Percentile.inc* 函數將生成 numPred 值的第 25 個，第 50 個，第 75 個和第 100 個百分位值。查找第 75 個 numPred 變量的百分位值。

4. 使用與第 75 個百分位數相對應的 numPred 值作為選擇符合條件的機構的閾值驗證。該值對應於第 75 個百分位數，可以選擇足夠大小的機構來獲取選用的活動對象作為現場的圖表評論。如果此值大於 1，則使用第 75 個百分位數 numPred 值，否則使用預測值= 1。這將決定 HAI 事件的最小預測數量的臨界值。

| infCount | numPred | numcliday | SIR_pval | SIR | sir95ci | locationTy | locCDC | orgID | facType |
|----------|----------|-----------|----------|-------|--------------|------------|--------|--------|-----------|
| 13 | 18.51959 | 15267 | 0.1921 | 0.702 | 0.390, 1.170 | | | 100008 | HOSP-GEN |
| 22 | 15.32671 | 9910 | 0.1034 | 1.435 | 0.922, 2.138 | | | 100030 | HOSP-CHLD |
| 10 | 9.736101 | 8387 | 0.8926 | 1.027 | 0.522, 1.831 | | | 100014 | HOSP-GEN |
| 8 | 9.542312 | 7958 | 0.6509 | 0.838 | 0.389, 1.592 | | | 100046 | HOSP-GEN |
| 1 | 9.064373 | 7682 | 0.0013 | 0.11 | 0.006, 0.544 | | | 100001 | HOSP-GEN |
| 2 | 7.578169 | 6272 | 0.0235 | 0.264 | 0.044, 0.872 | | | 100002 | HOSP-GEN |
| 7 | 5.689505 | 4581 | 0.5585 | 1.23 | 0.538, 2.434 | | | 100022 | HOSP-GEN |
| 4 | 5.504663 | 4879 | 0.558 | 0.727 | 0.231, 1.753 | | | 100027 | HOSP-GEN |
| 2 | 3.159258 | 2784 | 0.5651 | 0.633 | 0.106, 2.284 | | | 100005 | HOSP-GEN |
| 2 | 2.437844 | 2304 | 0.8601 | 0.82 | 0.138, 2.284 | | | 100007 | HOSP-GEN |
| 0 | 1.945079 | 1724 | 0.143 | 0 | 1.540 | | | 100040 | HOSP-GEN |
| 3 | 1.572374 | 1812 | 0.2846 | 1.908 | 0.485, 5.112 | | | 100026 | HOSP-GEN |
| 1 | 1.527251 | 1760 | 0.7659 | 0.655 | 0.033, 3.229 | | | 100005 | HOSP-GEN |
| 2 | 1.329405 | 1357 | 0.5333 | 1.504 | 0.252, 4.976 | | | 100004 | HOSP-GEN |
| 0 | 1.242188 | 1101 | 0.2888 | 0 | 2.412 | | | 100005 | HOSP-GEN |
| 2 | 1.087298 | 1253 | 0.3934 | 1.839 | 0.308, 6.077 | | | 100005 | HOSP-GEN |

75th percentile value of numPred = 5.5. Select facilities with numPred >5.5. Only facilities in red box (numPred >5.5) are included in the sampling frame for targeted validation.

numPred 的第 75 個百分點 = 5.5。選擇 numPred > 5.5 的機構。僅針對紅色框內的機構進行採樣 (numPred > 5.5)。

5. 創建一個機構的子集，其中包括其 HAI 事件的預測數量大於閾值的機構。在上面的範例中，numPred 變量的 75% 百分值為 5.5。所有 numPred 值大於 5.5 的機構都可選擇作為驗證樣本。這就是機構抽樣架構。
6. 如果採樣架構少於或等於 30 個機構，則選擇所有機構進行驗證。（在上面範例中，由於 numPred 值 > 5.5 的機構數量少於 30，因此選擇所有機構進行驗證）
7. 如果抽樣架構由 30 個以上的機構組成，請根據 C 部分中所述的標準選擇 30 個機構。

B. 觀察事件

- 由於 CAD 方法著重於 HAI 的預測數量與實際觀察到的 HAI 之間的差異（過去已報告），步驟 B 涉及計算整個事件的觀測事件的合併估計 (infCount)。驗證位置。infCount 是針對各個驗證位置觀察到的 HAI 的匯總計數，來創建觀察到的 HAI 的“匯總集合”。
- 接下來，在 numPred 旁邊新增一欄標題為“CAD”的行，用 infCount 減去 numPred 值（觀察到的 - 預測值）來計算每行的 CAD 值。

C. 機構選擇：如果採樣架構包含 30 個以上的機構，請使用此步驟

1) 將抽樣架構中的全部機構分為兩個層次：

- o 第 1 層：包括採樣中所有 infCount 值為零（即，HAI 事件零匯報）的所有機構在驗證時間範圍內觀察到的事件的總體估計
- o 第 2 層：包括採樣中所有機構，其 infCount 值非零，即報告的非零在驗證時間範圍內匯總觀察到的事件

2) 第 1 層（機構報告零事件）：如果機構在 NHSN 中報告為零 HAI 事件，則 CAD 值為負。最高負值將用於具有更大預測/預期和零事件報告的機構。用計算第 1 層中機構的 CAD 值，並按 CAD 負值的降序對它們進行排序。在這之後步驟，負 CAD 值最高的機構應位於頂部。從 Stratum A 中選擇前 15 個機構。

| infCount | numPred | CAD | numclDay | SIR_pval | SIR | sir95ci | locationTy | locCDC | orgID | facType |
|----------|----------|----------|----------|----------|-----|---------|------------|--------|--------|-----------|
| 1 | 9.064373 | -8.06437 | 7682 | 0 | | | | | 100001 | HOSP-GEN |
| 2 | 7.578169 | -5.57817 | 6272 | | | | | | 100002 | HOSP-GEN |
| 13 | 18.51959 | -5.51959 | 15267 | | | | | | 100008 | HOSP-GEN |
| 8 | 9.542312 | -1.54231 | 7958 | | | | | | 100046 | HOSP-GEN |
| 4 | 5.504663 | -1.50466 | 4879 | | | | | | 100027 | HOSP-GEN |
| 10 | 9.736101 | 0.263899 | 8387 | | | | | | 100014 | HOSP-GEN |
| 7 | 5.689505 | 1.310495 | 4581 | | | | | | 100022 | HOSP-GEN |
| 22 | 15.32671 | 6.673286 | 9910 | 0.. | | | | | 100030 | HOSP-CHLD |

Compute the CAD values for facilities in the sampling frame.
Sort the CAD values in descending order (highest negative on the top). If the sampling frame has greater than 15 facilities, select the top 15 facilities.

計算設備中的 CAD 值採樣架構。
按降序對 CAD 值進行排序（最高的負數位於頂部）。如果採樣框大於 15 機構，請選擇排名前 15 位的機構。

3) 第 2 層（非零事件的機構）：在非零事件的機構中，此選項可能會導致 CAD 值得分布範圍從正值到負值。按 CAD 負值的降序對機構進行排序。排序後的列表將包括頂部具有最高 CAD 負值的機構，也可以包括具有正 CAD 值的機構。從第二層選擇最前面的第 2 層有 15 處機構。

4) 如果任一層的機構不足，請從另一層抽取樣本以完成所需數量來驗證樣本的機構。

使用 CAD 方法進行機構抽樣

- 產生機構預期 HAI 的四分位數分佈
- 找到預測 HAI 的第 75 個百分位數
- 如果數值 > 1，則使用對應於第 75 個百分位數的值作為閾值，否則使用數值 = 1
- 選擇所有預期事件閾值 > 75 個百分位數或 1（以較高者為準）的機構，並創建機構中的子集以形成驗證抽樣框架

- 如果子集 ≤ 30 個機構—驗證所有機構
- 如果子集 > 30 個機構，則選擇機構驗證

計算抽樣框架中機構之間的匯總觀察事件

第 1 層：零事件

- 所有值均為負值 CAD
- 最負值 CAD：高預測/零事件
- 排序-降序絕對 CAD 值
- 選擇前 15 家機構

第 2 層：非零事件

- CAD 數值：正/負
- 排序-降序絕對 CAD 值
- 選擇前 15 家機構

4.2 病歷選擇概述

- 1) 在請求醫療記錄或其他數據進行審核之前，請從 NHSN 下載（“freeze”）機構報告的數據。有關每個 HAI 的詳細步驟說明，請參見第 2.7 章。
- 2) 請機構在驗證時間範圍內從驗證位置寄送可能 HAI 病例的列表。這些列表將包括陽性血液和尿液培養，COLO 和 HYST 手術，陽性 CDI 結果和陽性 MRSA 血液檢體結果。應鼓勵機構在 Excel 檔中提供列表（請參閱附錄 1.1）
- 3) 對於在驗證位置每個 HAI 的報告事件：
 - 選擇在驗證時間範圍內已向 NHSN 通報的所有醫療記錄
 - 隨機選擇其他病歷，總共是 40 份可能病例的病歷。
- 4) 對於在驗證位置沒有 HAI 的報告事件：
 - 隨機選擇 40 個病歷進行每個可能 HAI 事件的檢查
- 5) 如果無法在驗證時間範圍內獲得 40 個候選病例的醫療記錄，請選擇可用的最多數的合格記錄，或者考慮將驗證時間範圍增加到全部。

注意：為便於使用和列印，病歷提取工具（MRAT）和使用說明在單獨的文檔中位於“驗證”頁面上“支持文檔”下

第 5 章：實地查核期間和之後的活動

查核驗證訪問建議工具

- 介紹信，身分辨識或其他認證書
- 2019 NHSN(國家醫療安全網) PSC(病人安全)手冊
 - 訪問之前：標註案例定義
 - 標註病人所在位置定位描述
- 有關機構的信息：
 - 最新的 NHSN 年度調查
 - 具有統計資料的監視單位清單
 - 要求進行檢查的病歷清單
 - 機構向 NHSN 報告的 HAI(醫療照護相關感染)的保密清單 (確保驗證者不知情，直到審查完成)

查核網頁上輔助的空白病歷提取工具的多種副本

<https://www.cdc.gov/nhsn/validation/index.html#ui-id-3>

- 可在 <https://www.cdc.gov/nhsn/hai-checklists/index.html> 上獲得 2019 年 NHSN 檢查表的副本
- 外部查核文件表格 (附錄 2.1)
- 原空白審核缺失報告 (附錄 2.2)
- 方法調查和收集聯繫信息的表格的副本 (附錄 3)
- 雜項工具：直邊 (例如：標尺)，用於讀取打印輸出數據，訂書機，活頁夾，鋼筆，螢光筆，便簽，磁帶標記

請注意，其中列出的一些工具是模板，應依據機構和狀態進行修改。

要求 NHSN 紀錄者培訓的文件

NHSN 紀錄者應擁有成功完成在線自訂進度的多媒體訓練，就是那些用於紀錄者監督 HAI 的訓練模組文件。這是建立加強對此年度更新訊息的機會。

回顧風險調整變數：

對於 CLABSI(中心導管相關血流感染)和 CAUTI(導尿管相關泌尿道感染)，請查看查核位置圖，床的尺寸以及教學醫院的狀況。用於 MRSA(抗 Methicillin 金黃色葡萄球菌)菌血症和 CDI(困難縮狀桿菌) LabID(檢驗報告)事件報告，如果過去 3 年尚未達到國家的滿意程度，請在整個機構範圍內查看位置圖。否則，請檢查自上次至今機構所作的改變。

攜帶該機構 NHSN 年度調查副本，並隨同 IP(感染管制人員)審查 ICU(加護病房)位置圖和床位以及 CDC 位置和說明的最新列表 (請參閱

http://www.cdc.gov/nhsn/forms/instr/57_103-TOI.pdf 和 NHSN 《患者安全手冊》第 15 章。如果沒有足夠的時間完成現場檢查位置圖，當數據易於訪問時請

考慮電話訪問。

審查 NHSN 教學醫院的定義（在《患者安全手冊》第 16 章 “關鍵術語” 下），並確保該機構在 NHSN 年度調查中，教學醫院的狀態是準確的。

對於 COLO(結腸手術)和 HYST(子宮切除)，許多風險調整變數可以作為病歷審查過程的一部分進行查核。醫療記錄 COLO 和 HYST 的摘要形式，包括 ASA(麻醉醫師學會身體狀況分類等級)得分，患者年齡和其他風險調整變數分級作為 SSI(手術部位感染)結果。建議查核風險調整變數，以確保抽樣已針對高風險評估。

查看分母方法和文檔

CLABSI 和 CAUTI 分母計算方法在實地考察之前或期間 IP 聯繫人可以執行附錄 3.1 至 3.4 中的監視和分母數據收集調查；但是在現場查核期間採訪多個分母數據收集者可能是不切實際的。

在這種情況下，建議在現場查核期間收集聯繫信息，以便隨後以電話進行調查管理。(附錄 3.2)。這樣可以有效利用在機構的時間，並可給予在其他時間（例如夜班）工作的人員訪談機會。

在許多機構中，同一個人收集與器械相關的感染（包括 CLABSI 和 CAUTI）的分母數據。因此，可以對附錄 3.3 中的 CLABSI 和 CAUTI 分母計數調查進行管理。每個指標可以單獨使用或將兩者結合使用。即使在機構中分母透過電子方式統計，以便可以定期進行抽查，但定義和計算方法的知識仍重要。備案文件表格附錄 3.1 提供了電子分母統計所需的內部稽核。

機構可能已經進行了分母統計調查，以進行內部稽核。如果是這樣，查核者可以選擇接受他們的數據或在分母的有限樣本中進行此調查。

CLABSI 和 CAUTI 分母記錄

查核期間，蒐集分母數據文書的原始記錄，以了解頻率，正確性，此任務的一致性以及遺漏的處理方式（NHSN 為與器材相關的分母數據缺失提供指引，2013 年 9 月 http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/NHSNMissingDenomData_Sep2013.pdf）。考慮是否每天手動計算時，患者天數和中心靜脈導管天數數據將按預期顯示：不同的時間點數據不同但相似數字。確定一天中丟失了多少百分比的數據以及在那幾天進行了哪些報告。調查結果應記錄在附錄 2.1 中。此數據最好在現場進行評估。

電子收集的 CLABSI 和 CAUTI 分母

未經審查的電子分母數據數目可能是 HAI 報告錯誤的根源。如果機構利用電子方式收集分母數據，應蒐集其驗證過程和定期抽查。NHSN 規定電子分母數據連續三個月應落在之前人工計數的 5% 內（請參閱附錄 3.1）。可以在查核後進行檢閱。

如果沒有電子分母驗證的文檔，該機構應恢復手動計數（並確保工作人員

培訓)，以重新驗證電子計數，並保留有效電子計數的證據（3個月內在5%以內）。機構即使經過正式驗證，也應該進行定期抽查，以防止由於病歷變更而導致信息缺失或系統中斷。準確的電子分母數據是需要更正檢覈的，應與 IT(資訊技術)人員協商直到確定準確性為止。

SSI (COLO 和 HYST) 分母的完整性和準確性

評估附錄 2.1 中“COLO”和 HYST “分母驗證”（此訊息是在準備實地查核機構期間收集的。如果“COLO”和 HYST “這兩個數據源分母查核數量上差異很大，請與 IP 討論。考慮比對在兩者系統間記錄的一部分並檢查不相同的記錄，以分析造成這種差異的潛在原因。無論先前存在的感染/傷口類別或切口閉合方法如何，特別是所有程序都符合 NHSN 術式定義。如果兩個系統統計的數據大致相似，則應將 NHSN 術式分母數據視為完整的。

電子收集的 MRSA 菌血症和 CDI 全院住院患者 (FacWideIN) 分母

“FacWideIN”（(NHSN) 全院住院病人) 監視數據包括所有住院地點（包括任何住院日），每天在同一時間計算當天所有住院病人的住院天數，無論機構是否將其視為“准入病人”或“觀察”病人，但不包括當天在門診“觀察”地點安置的任何病人。這個數據經常是用電子方式收集。由於驗證“FacWideIN”病人的住院人日數不易蒐集，因此分母數據驗證可以通過三種特別地點中手動計算患者的天數和入院時間（每個一個月）來完成：一間加護病房，一間人工/分娩/恢復/產後 (LDRP) 場所（如果有），以及一個或多個“觀察”患者經常位於的病房。手動計數應在參考（常規）電子計數的 5% 以內，或對他們為什麼不同做評估。一個考慮因素是該機構能夠以電子化方式蒐集住院患者中的“觀察”患者位置。在這方面，經常發現電子 ADT(入院/出院/轉出(核心設備數據系統))(數據比電子計算數據更準確。注意 MRSA 菌血症 LabID 事件和 CDI LabID 事件分母的病人計數應有所不同，因為 CDI 分母應排除嬰兒區域的病人。內部驗證過程可以在被要求時由機構進行。

結構化病歷審查

驗證者保密和在現場進行諮詢。HAI 查核者之查核，通常透過混合和查看選定的醫療記錄來完成再確定哪些為 HAIs 一起報告給 NHSN。

應使用 2019 年醫療記錄摘要工具以隨機方式查看醫療記錄。這些工具包括在確定是否存在需求的算法和邏輯案例定義標準，並提供避免常見錯誤支持。對於 CLABSI 驗證，當考慮原發部位感染而導致繼發感染血流感染，可使用適當的 NHSN 檢查表查驗（強烈建議可從 <https://www.cdc.gov/nhsn/haichecklists/> 獲得使用 index.html）。這些清單提供了記錄所需資料的結構，根據 NHSN 患者安全組件手冊第 17 章的標準。NHSN 清單也可用於記錄器官/腔室 SSI 時的手術部位感染 (SSI) 驗證。清單存在多個感染類型（源自 NHSN 手冊第 17 章），並且具有多個日期版

本。確保選擇的版本適用於 2019 定義。

如果是紙本，請帶備足夠的病歷提取工具副本，以針對每種病歷填寫單獨的表格記錄。驗證者蒐集所有病歷後，報告給 NHSN 的事件應被披露並與 IP / NHSN 人員安排召開會議，病歷一應俱全以討論驗證者結果與報告結果之間的任何差異。

查核結果回饋及討論

無論查核結果正確或錯誤，請將查核數據回饋感染管制人員並討論查核結果，。如果確定的案件不一致，請確定驗證者或感管師是否錯過了任何可能影響正確結果的資料及（不應考慮未記錄的信息）病歷記錄文件。使用 NHSN 標準作為黃金標準。如果遇到困難，請向 CDC 尋求裁決。

仔細尋找系統報告錯誤或誤差，其可能會影響超出審視病歷報告範圍。如果發現系統錯誤，則應要求設施重新檢查並更正受影響的數據，而不僅僅是驗證者(審核員)審閱的那些記錄。這些錯誤應在下一次重新評估審核以評估改進。

將錯誤作為報告者和驗證者的學習機會。這些討論可能會提供對解決方案健全性的見解。機構的監視流程和能力，以及可能需要進行其他培訓的主題。留下副本給感染管制人員並對 NHSN 數據進行更改，並同意進行更改的截止日期（請參閱附錄 2.2）。結束採訪除非指示了特別流程改進計劃，否則幾乎不需要知會機構的 C 級主管（例如 CEO 或 CMO）參與。

查核後

查核後可能會完成分母數據收集調查（附錄 3.3）。

記錄驗證結果（例如，使用附錄 2.2）以建立機構摘要報告。

給 IP 感染管制人員和機構高級管理人員後續資料，將可以密切交流並提供寶貴的回饋。

發送一封感謝信，感謝他們認可審核的所有參與者必要的更正和建議，並記錄結果。在適當的時候，確定該體系的優勢，以及相關問題的數據收集和報告（附錄 1.3）。

如果由於系統錯誤而要求機構更改 NHSN 中的數據或重新審核信息，請對機構進行追蹤並確保在約定的截止日期之前進行更正。

References

Cited References:

1. Lin MY, Hota B, Khan YM, et al. Quality of traditional surveillance for public reporting of nosocomial bloodstream infection rates. *JAMA* 2010;304:2035-41.
2. Klompas M. Eight initiatives that misleadingly lower ventilator-associated pneumonia rates. *Am J Infect Control* 2012;40:408-10.
3. Liddy C, Wiens M, Hogg W. Methods to achieve high interrater reliability in data collection from primary care medical records. *Ann Fam Med* 2011;9:57-62.
4. Malpiedi P. Interobserver variability in bloodstream infection determinations using National Healthcare Safety Network definitions. SHEA 2011. Dallas, TX2011.
5. Wright SB, Huskins WC, Dokholyan RS, Goldmann DA, Platt R. Administrative databases provide inaccurate data for surveillance of long-term central venous catheter-associated infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003;24:946-9.
6. Hota B, Harting B, Weinstein RA, et al. Electronic algorithmic prediction of central vascular catheter use. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31:4-11.
7. Tejedor SC, Garrett G, Jacob JT, et al. Electronic documentation of central venous catheter-days: validation is essential. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34:900-7.
8. Hota B, Lin M, Doherty JA, et al. Formulation of a model for automating infection surveillance: algorithmic detection of central-line associated bloodstream infection. *J Am Med Inform Assoc* 2010;17:42-8.

Health Department Validation References:

1. Backman LA, Melchreit R, Rodriguez R. Validation of the surveillance and reporting of central line-associated bloodstream infection data to a state health department. *Am J Infect Control* 2010;38:832-8.
2. Gase KA, Haley VB, Xiong K, Van Antwerpen C, Stricof RL. Comparison of 2 *Clostridium difficile* surveillance methods: National Healthcare Safety Network's laboratory-identified event reporting module versus clinical infection surveillance. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013;34:284-90.
3. Gaur AH. Assessing Application of the National Healthcare Safety Network (NHSN) Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Surveillance Definition Across Pediatric Sites. SHEA 2011. Dallas, TX2011.
4. Haley VB, Van Antwerpen C, Tserenpuntsag B, et al. Use of administrative data in efficient auditing of hospital-acquired surgical site infections, New York State 2009-2010. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2012;33:565-71.
5. McBryde ES, Kelly H, Marshall C, Russo PL, McElwain DLS, Pettitt AN. Using samples to estimate the sensitivity and specificity of a surveillance process. *Infect*

- Control Hosp Epidemiol 2008;29:559-63.
6. McKibben L, Horan T, Tokars JI, et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control* 2005;33:217-26.
 7. Oh JY, Cunningham MC, Beldavs ZG, et al. Statewide validation of hospital-reported central line-associated bloodstream infections: Oregon, 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2012;33:439-45.
 8. Rich KL, Reese SM, Bol KA, Gilmartin HM, Janosz T. Assessment of the quality of publicly reported central line-associated bloodstream infection data in Colorado, 2010. *Am J Infect Control* 2013;41:874-9.
 9. Stricof RL, Van Antwerpen C, Smith PF, Birkhead GS. Lessons learned while implementing mandatory health care-associated infection reporting in New York State. *J Public Health Manage Pract* 2012.
 10. Thompson DL, Makvandi M, Baumbach J. Validation of central line-associated bloodstream infection data in a voluntary reporting state: New Mexico. *Am J Infect Control* 2013;41:122-5.
 11. Thompson ND, Yeh LL, Magill SS, Ostroff SM, Fridkin SK. Investigating systematic misclassification of central line-associated bloodstream infection (CLABSI) to secondary bloodstream infection during health care-associated infection reporting. *Am J Med Qual* 2013;28:56-9.
 12. Zarate R, Birnbaum D. Validity of self-declared teaching status in mandatory public reporting. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31:1310-1.

附錄 1：信件範本

附錄 1.1：請求現場訪問和外部驗證線路清單的範例信函

請自訂此範本以滿足您所在州的需求

尊敬的[首席執行長]

抄送：[IP 名稱]

[衛生署]將對全州[多家/所有]醫院的醫療保健相關感染的監測及做法進行稽核，重點關注於 2019 年 6 種不同指標的數據。這些包括醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 住院患者質量報告計劃指定的指標：驗證位置的中心導管相關血流感染 (CLABSI) 和導尿管相關泌尿道感染 (CAUTI)，結腸 (COLO) 和腹部子宮切除術 (HYST) 後的手術部位感染 (SSI) 程序，以及 MRSA 菌血症 (MRSA 菌血症 LabID 事件) 和艱難梭菌感染 (CDI LabID 事件) 的替代措施。「按指示修改指標」

參與審核是

[視情況選擇]

- [強制性的，以確保符合州醫療保健相關感染 (HAI) 報告法規，並確保設施機構能夠準確識別和報告醫療保健相關感染。] 或
- [自願的，但對於準備 CMS 驗證活動，以及通過確保所有國家設施都保持高標準的責任制，可能對您有價值。] [國家衛生部門將通過以下方式確認參與的機構_____。選擇不參與的設施也將通過以下方式進行標識：_____。]
- [根據州決策修改]：國家衛生部門驗證的各個結果將與您的感染預防人員共享，並且您[會/不會 通過以其他方式共享]。國家衛生部門驗證的匯總結果將公開分享，但不會標識個別設施。

暫定安排在[日期]使用[IP 名稱]進行實地訪問，預防感染人員被要求協助完成 4 份符合條件的醫療記錄的清單（如下所述）以供審核，以及每月兩份手術程序的報告。成功進行審核的準備工作將需要微生物實驗室，病歷系統和資訊科技的協助，以便提前完成指定的列表清單，將用於選擇要審核的病歷，後續由醫療記錄人員提供協助，於審核時提供醫療記錄以供審查。

目前，我們要求您支援製作以下 4 個基於微生物實驗室的列表清單，這些產品通過 IP 進行協調，並通過 FTP [FTP 站點] 以電子表格（例如 Excel）文件格式，安全地發送給我們。請注意，這些列表必須包含有關入住設施日期的信息，這可能需要將微生物學數據與其他醫院數據系統進行協調。列表清單將於 [日期] 之前到期。如有疑問，請撥打以下電話號碼 [XXX-XXX-XXXX] 與我們聯繫：

要求的列表清單

1)

2019 年可識別的血液微生物樣本驗證部位的完整列表，以及基於以下範本的其他變數。應包括 NICUS。

血液培養陽性列表清單範本 (*表示必填資料):

| *醫療 記錄 號碼 | *入住 設施 日期 | *實驗 室標 本號 | *標本 採集 日期 | *血液 微生物 1 屬和 種 | *特定 驗證 患者 位置 | *性別 | *出生 日期 | *名 | *姓 |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|-----|-----------|----|----|
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|-----|-----------|----|----|

2)

2019 年尿液培養陽性驗證部位的完整列表，以及基於以下範本的其他變數。不應包括 NICUS。如果可能，將陽性尿液培養物限制在不超過 2 種已鑑定的病原體，且其中一種細菌至少 105 CFU / ml。

尿液培養陽性列表清單範本 (*表示必填資料，†表示有條件的資料):

| *醫 療 記 錄 號 碼 | *入 住 設 施 日 期 | *實 驗 室 標 本 號 | *標 本 採 集 日 期 | *尿 液 微 生 物 1 屬 和 種 | *尿液 菌落 計數 1 (CFU / ml) | †尿 液 微 生 物 2 屬 和 種 | †尿液 菌落 計數 2 (CFU / ml) | *特 定 驗 證 位 置 | *性 別 | *出 生 日 期 | *名 | *姓 |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------|---------|-------------------|----|----|
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------|---------|-------------------|----|----|

3)

2019 年全院住院病人中，耐甲氧西林金黃色葡萄球菌 (MRSA) 陽性血液培養微生物的完整列表，以及基於以下範本的其他變數。

全部住院病人中 MRSA 菌血症陽性列表清單範本 (*表示必填資料):

| *醫 療 記 錄 號 | *入 住 設 施 日 | *實 驗 室 標 本 | *標 本 採 集 日 | *血液微 生物 屬和種 (記載 金黃色 | *耐甲氧 西林的 記錄文 件 (藥 敏試驗 | *特定 對映 的 NHSN 位置 | *性 別 | *出 生 日 期 | *名 | *姓 |
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------|-------------------|----|----|
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------|-------------------|----|----|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|----------------|--------------|--|--|--|--|--|
| 碼 | 期 | 號 | 期 | 葡萄球菌或 MRSA) | 結果或 MRSA) | | | | | |
|---|---|---|---|----------------|--------------|--|--|--|--|--|

4)

2019 年全院住院病人中艱難梭菌陽性糞便標本的完整列表，以及基於以下範本的其他變數。請僅包含按照多個步驟進行測試的最終結果。

全部住院病人中艱難梭菌陽性列表清單範本 (*表示必填資料):

| *醫療 記錄 號碼 | *入住 設施 日期 | *實驗 室標 本號 | *標本 採集 日期 | * CDI 測試 結果 | *特定 對映 的 NHSN 位置 | *性別 | *出生 日期 | *名 | *姓 |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|------------------------------|-----|-----------|----|----|
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|------------------------------|-----|-----------|----|----|

列表清單將於[現場參訪的日期]前到期，以便我們可以從候選記錄中選擇要檢查的病歷。然後，我們會將選定的記錄傳達給預防感染單位，以便他們可用於審核。此外，我們要求根據以下 ICD-10-PCS/ICD-10-PCS 程式代碼，在您的機構中每月選定 2019 年執行的住院手術程序：

| 術式類別 | 結腸手術 | 腹部子宮切除術 |
|------------------------|------|---------|
| ICD-10-PCS / CPT 程序代碼： | | |
| 2019 月 | 手術數 | 手術數 |
| 1 月 | | |
| 2 月 | | |
| 3 月 | | |
| 4 月 | | |
| 5 月 | | |
| 6 月 | | |
| 7 月 | | |
| 8 月 | | |
| 9 月 | | |
| 10 月 | | |
| 11 月 | | |
| 12 月 | | |

在我們的訪問期間，我們可以提供描述過程和評估工具，並回答您對國家衛生部門 HAI 數據驗證計劃可能有的任何問題。

如果您的醫療機構已經開始或完成了電子病歷系統的轉換，我們需要在訪問期間訪問這些記錄的方法，包括與這些患者相關的任何診斷/實驗室結果，臨床文件以及 ICD-10-PCS 代碼。

如果有任何安排上的困難，請直接聯繫我，無論是通過電話[電話號碼]或電子郵件[電子郵件]。

HAI 計劃主任/地區代表

抄送：IP 名稱

附件

附錄1.2：要求提供醫療記錄以供審核的信函範本

請自訂此範本以滿足您所在州的需求

尊敬的[IP 名稱]

正如我們在[日期]信中所討論的，[衛生署名稱]計劃審核 2019年多家醫院的醫療保健相關感染監測做法，包括您自己的醫院。感謝您最近的協助，以獲得所需的醫療記錄清單。

在下面的列表中，我們已經確定了在審核期間要審查 [XXX] 的醫療記錄，預定日期為[日期]。感謝您的協助，以確保我們的[X]審核團隊，在訪問時，有足夠的工作空間，任何需要的系統密碼以及這些記錄。如果您的醫療機構已經開始或完成了電子病歷系統的轉換，我們需要在訪問期間訪問這些記錄的方法，包括與這些患者相關的任何診斷/實驗室結果，臨床文件以及 ICD-10-PCS 代碼。

我們期待參訪您的機構，並與您一起合作。如有疑問，請撥打以下電話號碼[XXX-XXX-XXXX]與我們聯繫：

附錄 1.3：有或沒有發現問題的驗證後續信件範例

(由紐約州衛生部提供)

請隨時調整這些模板以滿足您所在州的需求

版本 1：有發現問題。信件適用的情況。

尊敬的執行長姓名：

[衛生署]醫療照護相關感染 (HAI) 報告計劃在您的機構完成了[年度]的現場審核。我們要感謝您和您的員工，尤其是感染管制，微生物學和病歷人員，在我們的審核和審核過程中給予的合作以及所做的努力。

最初在通知書中向您介紹了此審核的目的。根據我們在審核期間對 X 份醫療記錄的審查，發現[例如：X 缺失和未報告的中心導管相關血液感染 (CLABSI)，X 缺失和未報告的手術部位感染 (SSI)，包括 (X 型)，以及需要從 NHSN 數據庫中刪除的 X 個 CLABSI 和 X 個 SSI]。

我們觀察到以下趨勢，可能會導致監測不準確：[例如：在 NHSN 數據庫中輸入的 X 結腸手術記錄中，X 不是 NHSN 結腸手術。非結腸手術的報告是感染管制監視系統的問題。此外，感染管制人員並未察覺到微生物實驗室鑑定出的 X 血流感染，可能導致遺漏。]我們使用[IP 名稱]審核了報告要求，[她]將報告缺少的 SSI 並刪除非 NHSN 結腸和 HYST 手術。每個需要更正的記錄都用[IP 名稱]進行了審核，並向[她]提供了要在 NHSN 中進行的數據輸入編輯的列表。必須在收到此通知的 30 天內在 NHSN 數據庫中編輯所有數據錯誤和遺漏的數據輸入。

感染預防專家/感染預防管理繼續將手術過程數據以手動輸入到 NHSN 中，這對於大型醫院而言是一種勞動密集型方法。數據輸入可以由感染管制監督下的一名文書人員完成，也可以在感染管制人員編輯來源數據以確保準確性之後通過電子提交的方式進行。為了實現這一點，將需要其他 IT 支持。

我們調查了您的機構通知其他醫院的情況，當時接受手術的患者在手術後因手術部位感染而被送入您的醫院，但我們發現缺了該醫院。[規定狀態要求 (如果存在)]。請注意，此類通知對於在全州範圍內對 SSI 進行全面監視是必要的，並且在 HIPAA 中允許用於醫療保健操作。我們還審查了您報告的及時性，並認為可以接受。

鑑於結腸手術報告中發現的問題，我們要求您的醫院檢查 NHSN 中輸入的所有 2019 年住院結腸手術，以確認它們是 NHSN 結腸手術。關於您的發現和行動計劃的後續溝通，應盡快在[日期]之前通知我，以消除報告的非 NHSN 結腸手術。您的回覆可以通過傳真或電子方式發送給我。如果您需要任何其他信息或對本站點有任何其他疑問，請直接通過[電話，傳真，電子郵件]與我聯繫。

版本 2：未發現問題。 信應適用的情況。

尊敬的執行長姓名，

[衛生署]醫療照護相關感染（HAI）報告計劃在您的機構完成了[年度]的現場審核。我們要感謝您和您的員工，尤其是感染管制，微生物學和病歷人員，在我們的審核和審核過程中給予的合作以及所做的努力。

最初在通知書中向您介紹了此審核的目的。根據我們對 X 份醫療記錄的審查，未發現重大遵從性問題。在我們的[日期]審核期間，我們確定了[一個需要從 NHSN 數據庫中刪除的結腸手術部位感染（SSI）和兩個結腸手術]。在這次審核訪問期間，所檢查的病歷中沒有發現未報告的感染。我們還審查了報告的及時性，並認為可以接受。

仍然只有一個人[名稱]，可以在 NHSN 數據系統中進行管理和報告。在[指定過去幾年]審核後的信函中，我們建議選擇另一個 NHSN 用戶以接收管理訪問權限，以作為感染預防專家（IP）的後備人員。我們繼續強烈建議您的機構盡快添加另一個 NHSN 管理用戶。NHSN 管理用戶角色應在這一年中定期與該人員進行審查，以確保如果您的 IP 由於任何原因而無法工作，則您的機構將能夠滿足數據提交的監管要求。

當在手術後恢復期間接受手術的患者因外科手術部位感染而入院時，我們還調查了您機構對其他醫院的通知。[規定要求（如果存在）。請注意，此類通知對於在全州範圍內對 SSI 進行全面監視是必要的，並且在 HIPAA 中允許用於醫療保健操作。

感染預防經理繼續將手術程序數據以手動輸入到 NHSN 中。數據輸入可由感染控制監督下的文書人員完成。NHSN 確實將分母程序數據以電子方式提交到他們的報告數據庫中，並且當您的 OR 文檔變為電子時，也可以選擇。

我們正在討論感染定義，報告和數據輸入問題或[IP 名稱]可能存在的擔憂，以不斷努力支持[州] HAI 強制報告。您的員工需要在 NHSN 報告系統中進行一些數據輸入更正。使用[IP 名稱]查看了每個需要數據編輯的記錄的列表。數據輸入更正應在審核訪問後 30 天內完成。[IP 名稱]也是我們國家 HAI 公開報告技術諮詢工作組的成員。我想藉此機會感謝您支持她的成員資格和參加半年度的研討會會議。她對這個工作組的貢獻受到 HAI 公共報告計劃的重視。

如果您需要有關此站點的任何其他信息或有任何其他疑問，請直接通過[電話，傳真和電子郵件]與我聯繫。

附錄 2：監視調查

附錄 2.1：外部驗證表

國家衛生部門驗證記錄

第 1 頁，共 6 頁（驗證記錄已在驗證時完成）

*必填 **條件選填

| 機構驗證概述 | | | |
|--|------------------|--------------------|--------------------------------|
| <p>*機構代碼：</p> <p>*機構類型： <input type="checkbox"/> 急性照護醫院 <input type="checkbox"/> 長期急性照護醫院（LTAC / LTCH） <input type="checkbox"/> 腫瘤醫院 <input type="checkbox"/> 居住型養護機構（IRF）</p> <p>*採樣版本： <input type="checkbox"/> CDC 第 1 版（目標抽樣）</p> <p>*年度： <input type="checkbox"/> 2019 年</p> <p>* 此機構驗證為醫療照護相關感染，原因如下：</p> <p><input type="checkbox"/> 中心靜脈導管相關血流感染驗證地點，包括 NICU，如果適用）</p> <p><input type="checkbox"/> 導尿管相關泌尿道感染 CAUTI（驗證地點，不包括 NICU）</p> <p><input type="checkbox"/> 結腸手術（深部切口/器官腔室 手術部位感染）</p> <p><input type="checkbox"/> 腹式子宮切除術（深部切口/器官腔室 手術部位感染）</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA 菌血症 LabID 事件</p> <p><input type="checkbox"/> CDI LabID 事件</p> <p style="padding-left: 20px;">原因：</p> <p><input type="checkbox"/> 所有機構均已通過驗證 <input type="checkbox"/> 目標機構 <input type="checkbox"/> 5%的隨機抽樣機構</p> | | | |
| 分子驗證 | | | |
| *此機構用於分子審核的採樣信息 | | | |
| 事件 | 採樣要素 | 樣本框 (#一年內符合條件者) | 總數 # 過去一年機構已報告給NHSN的事件(驗證前) |
| **CLABSI (含 NICU) | 血液樣本陽性的病歷 | _____ | _____ |
| **CAUTI (不含 NICU) | 尿液樣本陽性的病歷 | _____ | _____ |
| **DI/OS ^a COLO SSI | 結腸手術 | _____ | _____ |
| **DI/OS ^a HYST SSI | 腹式子宮切除術 | _____ | _____ |
| **MRSA bacteremia LabID event | 住院病人血液培養 MRSA 陽性 | _____ | _____ |
| **CDI LabID | 住院病人糞便培 | _____ | _____ |

| | | | |
|---|------------------|--|--|
| event | 養艱難梭菌陽性，不含“嬰兒”糞便 | | |
| ^a DI/OS – 深部切口或器官/腔室手術部位感染 ^b 住院病人包括急診門診檢體（成人和兒科）和 24 小時觀察地點。 | | | |
| <p>機密保證：在此監視系統中獲得的自願提供的信息（可以識別任何個人或機構）被收集，並保證將其嚴格保密，僅用於規定的目的，而不會用於其他目的。根據《公共衛生服務法》（42 USC 242b, 242k 和 242m (d)）第 304、306 和 308 (d) 節的規定，未經個人或機構的同意披露或發布。</p> <p>此表格收集訊息負擔估計平均每份約需 15 分鐘，包括檢查指令，搜索現有數據源，收集和維護所需數據以及完成和審查信息收集的時間。代理機構不得行為或贊助，並且除非顯示當前有效的 OMB 控制編號，否則不要求任何人對信息收集作出回應。發送有關此負擔估算或此信息收集的任何其他方面的評論，包括向 CDC 減輕負擔的建議，報告清除官，地址為 1600 Clifton Rd.，MS D-74，Atlanta，GA 30333，ATTN：PRA（0920-0666）。</p> <p>CDC 57.600（正面）v8.3</p> | | | |

國家衛生部門驗證記錄

第 2 頁，共 6 頁

| 分子驗證 (續) | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| *機構審核結果，分子 | | |
| **驗證地點的 CLABSI (含 NICU)： | | |
| 機構判定 | 稽核為 CLABSI 是 | 稽核為 CLABSI 否 |
| 有報告-日期吻合的 CLABSI | a. ____ | b. ____ |
| 未報告-日期吻合的 CLABSI | c. ____ | d. ____ |
| | | |
| **驗證地點的 CAUTI (不含 NICU)： | | |
| 機構判定 | 稽核為 CAUTI 是 | 稽核為 CAUTI 否 |
| 有報告-日期吻合的 CAUTI | a. ____ | b. ____ |
| 未報告-日期吻合的 CAUTI | c. ____ | d. ____ |
| | | |
| **深部切口/器官腔室 結腸手術 手術部位感染： | | |
| 機構判定 | 稽核為 DI/OS SSI 是 | 稽核為 DI/OS SSI 否 |
| 有報告-日期吻合的 DI/OS SSI | a. ____ | b. ____ |
| 未報告-日期吻合的 DI/OS SSI | c. ____ | d. ____ |
| | | |
| **深部切口/器官腔室 腹式子宮切除術 手術部位感染 | | |
| 機構判定 | 稽核為 DI/OS SSI 是 | 稽核為 DI/OS SSI 否 |
| 有報告-日期吻合的 DI/OS SSI | a. ____ | b. ____ |
| 未報告-日期吻合的 DI/OS SSI | c. ____ | d. ____ |
| | | |
| ** MRSA 菌血症 LabID 事件： | | |
| 機構判定 | Audit-MRSA bacteremia LabID event | Audit-MRSA bacteremia NOT LabID event |
| 日期吻合的 MRSA 血液培養有被報告為 LabID 事件 | a. ____ | b. ____ |
| 日期吻合的 MRSA 血液培養未被報告為 LabID 事件 | c. ____ | d. ____ |
| | | |
| ** CDI LabID 事件： | | |

| 機構判定 | Audit-CDI test reportable LabID event | Audit-CDI test NOT reportable LabID event |
|--------------------------------|--|--|
| 有報告日期吻合的 CDI 檢測報告為 LabID 事件 | a. ____ | b. ____ |
| 未報告日期吻合的 CDI 檢驗報告為 LabID 事件 | c. ____ | d. ____ |

國家衛生部門驗證記錄

第 3 頁，共 6 頁

分母驗證：CLABSI 的中心導管和病人天數

**該機構今年針對 CLABSI 使用何種方法去驗證位置分母（病人日和導管天數）？

手動計算 (每日/ 每週採樣) 電腦計算 手動加電腦計算

**該機構今年是否已在驗證地點分母數據中完成了 CLABSI 的內部驗證？ 是 否

注意：驗證手動分母數據計數需要：

方法 A - 雙重併行計數（以經驗更豐富的計數者為參考）≥3 個月 或

方法 B - 病人連續天數數據資料（ADT 入院/出院/轉床或其他參考）和連續三個月以上的人工計數

驗證電子分母數據計數需要：

方法 C - 分母人工計數（參考）與電腦數據併行 ≥3 個月

++僅每月平均有 75 個以上的中心導管天數的 ICU 和病房可以使用此方法。

**如果是，請提供所有經過驗證的地點和月份的以下信息：

| 驗證地點 | 驗證月份 | 驗證方法 | 計數 1 | 計數 2 |
|------|------|----------|------|------|
| | | A,B, 或 C | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

注意：

如果選擇方法 A，則“計數 1”應為“常規計數”，而“計數 2”應為“專家（參考）計數”。

如果選擇了方法 B，則“計數 1”應為“常規計數”，而“計數 2”應為“患者天數（參考）計數”；

如果選擇方法 C，則“計數 1”應為“手動計數”，而“計數 2”應為“電子計數”。

分母驗證：CAUTI 的導管天數和病人天數

**該機構今年針對 CAUTI 使用何種方法去驗證位置分母（病人日和導管天數）？

手動計算 電腦計算 手動加電腦計算 ++ 每週採樣

**該機構是否已完成今年驗證位置分母數據中對 CAUTI 的內部驗證？ 是 否

注意：驗證手動分母數據計數需要：

方法 A - 雙重併行計數（以經驗更豐富的計數者為參考）≥3 個月 或

方法 B - 病人連續天數數據資料（ADT 入院/出院/轉床或其他參考）和連續三個月以上的人工計數

驗證電子分母數據計數需要：

方法 C - 分母人工計數（參考）與電腦數據併行 ≥3 個月

++僅每月平均有 75 個以上的中心導管天數的 ICU 和病房可以使用此方法。

**如果是，請提供所有經過驗證的地點和月份的以下信息：

| 驗證地點 | 驗證月份 | 驗證方法 | 計數 1 | 計數 2 |
|------|------|---------|------|------|
| | | A,B,或 C | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

注意：

如果選擇方法 A，則“計數 1”應為“常規計數”，而“計數 2”應為“專家（參考）計數”。

如果選擇了方法 B，則“計數 1”應為“常規計數”，而“計數 2”應為“患者水平（參考）計數”；

如果選擇方法 C，則“計數 1”應為“手動計數”，而“計數 2”應為“電子計數”。

國家衛生部門驗證記錄

第 4 頁，共 6 頁

| | | | | |
|---|----------------------------------|--|-----------------------|-------|
| 分母驗證：結腸手術 | | | | |
| **每月來自兩個系統的結腸手術的 Document number： | | | | |
| 月份 | 機構在驗證前輸入 NHSN 的結腸手術案件 數 | 從出院帳單中鑑別出的 結腸手術 ICD-10-PCS / CPT 代碼 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 分母驗證：腹式子宮切除術 | | | | |
| **每月來自兩個系統的 HYST 程序的文檔編號： | | | | |
| 月份 | 機構在驗證前輸入 NHSN 的腹式子宮切除 術案件數 | 從出院帳單中鑑別出的 腹式子宮切除 ICD-10- PCS / CPT 代碼 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 位置驗證：對照 | | | | |
| NHSN 住院位置驗證 | | | | |
| **在 NHSN 內是否有任何住院位置需要比對/重新比對(mapped/re-mapped)？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | |
| **如果是，請指出需要比對/重新比對的位置以及建議： | | | | |
| 位置 | 最近的 CDC 位置代碼名 稱 | 最近床數 | 建議的 CDC 位置代碼名 稱 | 建議的床數 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **該機構如何獲取住院病人數據？ | | | | |

電子帳單 供應商電子系統 ADT 電子

其他（請註明）：_____

****該機構如何獲取住院病人的住院天數？**

電子帳單 供應商電子系統 ADT 電子

其他（請註明）：_____

國家衛生部門驗證記錄

第 5 頁，共 6 頁

分母驗證：MRSA 菌血症 LabID 事件和 CDI LabID 事件

**該機構是否已完成 LabID 事件分母數據計數的任何內部驗證？

是 否

注意：要驗證分母數據計數，需要同時進行三種指定位置類型的病人水平分母計數（文獻）與標準電子數據的比較（≥1 個 ICU，一個 LDRP（如果可用，一個或多個病房）；經驗證的數據應在參考標準的 5% 之內。

**如果是，請提供經過驗證的所有月份的以下資訊：

| MRSA 菌血症 LabID 事件 | | | | | |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| 驗證地點 | 驗證月份 | 住院 | | 人日數 | |
| | | 常規計數 | 手動計數 | 常規計數 | 手動計數 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| CDI LabID 事件 ^o | | | | | |
|---------------------------|------|------|------|------|------|
| 驗證地點 | 驗證月份 | 住院 | | 人日數 | |
| | | 常規計數 | 手動計數 | 常規計數 | 手動計數 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

^o 排除“嬰兒單位”

風險調整變量驗證

** ICU 比對（驗證單位的 CLABSI [包括 NICU]，驗證單位的 CAUTI [排除 NICU]）

在 NHSN 中正確比對為 ICU 的 ICU 地點數量（含 NICU）：_____

驗證位置比對不正確的數量（含 NICU）：_____

ICU 比對中省略的 ICU 數量（含 NICU）：_____

ICU 比對錯誤的數量（ICU 與非 ICU）：_____

****教學醫院隸屬關係（驗證位置為 CLABSI，驗證位置為 CAUTI，MRSA 菌血症 LabID 事件，CDI LabID 事件）**

設教學醫院隸屬關係在 2019 NHSN 年度設施調查中報告：

非教學 專業 研究生 本科 不適用（IRF 和 LTAC）

設教學醫院隸屬關係正確嗎？ 是 否

**** ASA 分數（COLO，HYST）**

經審核 COLO 正確的百分比為：_____

經審核 HYST 正確的百分比為：_____

國家衛生部門驗證記錄

頁 6 頁,第 6 頁

| | |
|--|--|
| 風險調整變數驗證(續) | |
| <p>**病人年齡(COLO,HYST)</p> <p>COLO 正確(經審核)百分比: _____</p> <p>HYST 正確(經審核)百分比: _____</p> <p>**機構床位大小(所有住院地點,包括"嬰兒位置")(MRSA 細菌血症實驗室事件,CDI LabID 事件)。</p> <p>2019 年 NHSN 年度設施調查報告床位大小: _____</p> <p>經審核的床位大小: _____</p> | |
| 自定義欄位。 | |
| <p>標籤</p> <p>_____ /___/___</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>標籤</p> <p>_____ /___/___</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| 評論 | |
| | |

附錄2.2:(自選)觀測審查表單

Please feel free to adapt these templates to meet your state’s needs to discuss discordant outcomes and request changes

指示：對於每個HAI事件，報告者和驗證者之間的結果不一致，紀錄以下（第一行輸入醫院結果，第二行改善的建議）。使用註釋區紀錄錯誤原因，例如：忽略申請培養，常見微生物混淆，不符合原始定義、非泌尿道致病菌等。許多州/地區會檢查數據類型來辯別常見的錯誤和做對未來的教育訓練。許多州已經檢視這些數據，把常見錯誤型態作為未來的教育和培訓指導。並保留副本在機構中。

建立你的記錄副本或留下記錄措施

H=hospital醫院; V=validator(驗證)

中心導管相關血流感染 (CLABSI) 差異

| 病歷號碼 | | 陽性血液培養事件：第一套培養日期 | 任選一) | | | 檢驗證實血流感染發生日期 | 屬於檢驗證實之血流感染 (LCBI) 、黏膜屏障損傷 - 檢驗證實之血流感染 | | | | | |
|--------------------|---|------------------|---------------|-------|---------------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|------------------------|
| | | | 未證實中心導管相關血流感染 | 證實為原發 | LCBI1, LCBI2, LCBI3* 檢驗證實血流感染1、2、3 | | | | | | | 黏膜屏障損傷 - 檢驗證實之血流感染：是/否 |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> 評論 | | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> 評論 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <i>H</i> | | | | | | | | | | |
| | <i>V</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> 評論 | | | | | | | | | | | |
| | <i>H</i> | | | | | | | | | | |
| | <i>V</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> 評論 | | | | | | | | | | | |
| | <i>H</i> | | | | | | | | | | |
| | <i>V</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> 評論 | | | | | | | | | | | |
| *LCBI 1, 2, 3 (NHSN): 檢驗證實血流感染型態。黏膜屏障損傷 - 檢驗證實之血流感染 (NHSN) 黏膜屏障損傷 - 檢驗證實之血流感染。詳見NHSN病人安全手冊第4章 | | | | | | | | | | | |

導尿管相關泌尿道感染 (CAUTI) 的差異

| 病歷號 | | 尿液培養 陽性：第 一次培養 日期 | Select One: | | | 泌尿道感 染發生日 期 | 院外感 染、醫療 照護相關 感染或都 沒有 | 導尿管>2 個日曆日 | 歸因的 病房 | 導尿管相 道證實 感染證 因是/否 |
|-----------------|---|----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------|-----------------------------------|---------------|-----------|----------------------------|
| | | | 不是 導尿管 相關泌 尿道感 染 | 有症狀泌尿 道感染1a、 2a 無症狀泌尿 道感染 | Did not meet UTI criteria (specify below) | | | | | |
| | H | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | |

*有症狀泌尿道感染1a、2a (NHSH)：有症狀泌尿道感染型態。無症狀 (NHSH)：無症狀泌尿道感染。詳見病人安全手冊第7章

結腸手術 (COLO) 的手術部位感染 (SSI) 差異

| 病歷號 | 手術日期 | 監測截止日期 | Select One: | | | 手術部位感染事件日期 | 手術部位感染證實的危險因子 | | | | | | | |
|--|------|--------|-------------|---------------|----------------------------------|------------|----------------------|--------|----|--------|--------|-----|------|--|
| | | | NHSN 術式是/否 | 無手術部位感染 (SSI) | 表淺手術部位感染深部手術部位感染器官/腔室手術部位感染 (標示) | | 歸因於結腸切除術 (COLON) 是/否 | 麻醉分級分數 | 年齡 | 手術傷口分類 | 手術持續時間 | 糖尿病 | 縫合型態 | |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| *表淺感染、深部、器官/腔室 (NHSN) : 深度 (表淺、深部、器官/腔室) 手術部位感染 †ASA score: American Society of Anesthesiologists Score ASA score: 美國麻醉學會分級 *手術傷口分類: 手術傷口分類, 詳見NHSN病人安全手冊第9章 | | | | | | | | | | | | | | |

腹部子宮切除術 (HYST) 的手術部位感染 (SSI) 差異

| 病歷 號 | 手術日 期 | 監測截止 日期 | Select One: | | | 手術 部位 感染 事件 日期 | 手術部位感染危險因子 | | | | | | | | | |
|---|----------|------------|--------------------|-------------------------|--|----------------------------|-------------------------------------|----------------|----|-----------------------------|------------|-----|------|--|--|--|
| | | | NHSN術 式：是/ 否 | 無 手術 部位 感 染 | 表淺 部位 深 部 腔 室 部 位 感 染 (標 示) | | 歸因於腹 部子宮切 除術 (HYST) 是/否 | 麻醉 分級 分數 | 年齡 | 手術 傷口 分類 [‡] | 手術持 續時間 | 糖尿病 | 縫合型態 | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | V | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Comment:</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>*表淺感染、深部手術、腔室手術部位感染 (NHSH) : 深度 (表淺、深部、器官/腔室) 手術部位感染 [†]ASA score: 美國麻醉學會分級 [‡]手術傷口分類: 手術傷口分類, 詳見NHSH病人安全手冊第9章</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

金黃色葡萄球菌血症實驗室事件差異

| 病人 ID | | 住院日期 | 住院期間首次報告事件 LabID 的日期 | 在 NHSN 中的 LABID 項目 | 入院期間 MRSA 血液培養呈陽性？ 是/否 | 過去 14 天內是否從同一地點獲得 MRSA 血液 是/否 | 其他的錯誤原因 |
|-------|---|------|----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------|---------|
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |

困難腸梭狀芽孢菌感染 (CDI)實驗室事件差異

| 病人 ID | | 住院日期 | 住院期間首次報告事件 LabID 的日期 | 在 NHSN 中的 LABID 項目 | 入院採檢日起 CDI 呈現陽性結果？ 是/否 | 過去 14 天內來自同一單位的 CDI 陽性結果？ 是/否 | 其他的錯誤原因 |
|-------|---|------|----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------|---------|
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |
| | H | | | | | | |
| | V | | | | | | |
| 結論 | | | | | | | |

附錄3：監視調查

(設計用於監視過程的外部驗證)

附錄3.1：電子CLABSI / CAUTI分母驗證文件

機構編號/醫院名稱：_____

檢驗日期：_____

說明：NHSN 要求在提供 CLABSI / CAUTI 計算前，其電腦計算與人工計算落差需在 5% 以內。此項驗證不需要經由外部單位完成，但該機構應具有內部驗證作為副本以提供稽核檢視。若無電子檔，則請略過。

如果在醫院使用電腦設備依結果進行報告，請在下面記錄 NHSN 驗證結果

初始電腦分母驗證 (電腦分母報告開始時)：

| 地點名稱 | | 手動計算 | *計算 5% 信賴區間 | 電腦計算 |
|------|----------|------|----------------|------|
| 月/年 | 住院人日數 | | | |
| | 中心導管留置天數 | | | |
| | 導尿管留置天數 | | | |
| 月/年 | 住院人日數 | | | |
| | 中心導管留置天數 | | | |
| | 導尿管留置天數 | | | |
| 月/年 | 住院人日數 | | | |
| | 中心導管留置天數 | | | |
| | 導尿管留置天數 | | | |

若可以，請記錄其他資料以提供最新電子分母驗證：

| 地點名稱 | | | | |
|------|----------|--|--|--|
| 月/年 | 住院人日數 | | | |
| | 中心導管留置天數 | | | |
| | 導尿管留置天數 | | | |
| 月/年 | 住院人日數 | | | |
| | 中心導管留置天數 | | | |
| | 導尿管留置天數 | | | |
| 月/年 | 住院人日數 | | | |

| | | | | |
|---|----------|--|--|--|
| | 中心導管留置天數 | | | |
| | 導尿管留置天數 | | | |
| <p>*計算 5%標準差公式為：手動計數±(手動計數* 0.05)。</p> <p>計算範例，手動計數= 164，電腦計算= 178：</p> <p>合格的 5%標準差區間=[164± (164 * 0.05)]= 155.8 至 172.2</p> <p>電腦計算 178 落在標準差範圍之外。</p> | | | | |

附錄 3.2 : 手動 CLABSI / CAUTI 分母驗證的聯繫信息

請隨時調整此模板以滿足您所在地的需求

注意：如果機構(醫院)每年要確實培訓更新儀器,請在第 4 部份中的三個或更多儀器中顯示出操作熟練度,或是對內部人員對儀器設備操作熟練的訓練

機構編號/醫院名稱_____

調查日期_____

說明：收集相關人員的聯絡信息致監控單位及負責人，並透由電話進行訪查（在下面的第 4 部分中）。

| ID | 數據收集專業名稱 | 涵蓋的監控地點 | 中心靜脈相關血流感染 CLABSI 導尿管相關泌尿道感染 CAUTI 兩者 | 工作時間/電話調查的首選時間 | 電話號碼 | 主管/監督者 |
|-----------|----------|---------|---|----------------|------|--------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 若有增加請自行延伸 | | | | | | |

附錄 3.3 : CLABSI及CAUTI分母計算調查(含關鍵)

| | | | | |
|---|-----------------------|--|---|----------|
| <p>使用說明：親自或透過電話直接針對負責計算分母的人員進行管理。由於機構由不同的人員執行這些任務故此表格分為三個部分。第一個部分，病人日數，包含適用於CLABSI和CAUTI分母搜集的問題(問題1-9)。第二部分，中心導管日數，包含適用於CLABSI分母搜集的問題(問題10-22)。第三部分，導尿管留置日數，包含適用於CAUTI分母搜集的問題(問題23-29)。</p> | | | | |
| 機構識別碼： | 被訪談者姓名： | 職務： <input type="checkbox"/> 感管人員 <input type="checkbox"/> 文書人員 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 其他(請說明) | 訪談者簽名： | 訪談日期： |
| (圈選其一)：CLABSI, CAUTI,兩者皆有 | | NHSN涵蓋的單位別： | | |
| 病人日數(適用於計算CLABSI及CAUTI之分母) | | | 關鍵答案： | |
| 1.通常如何搜集病人日數?(擇一) | | | <p>若為每周計算：每周搜集分母以估算中心導管日數，可用來替代於非腫瘤科加護病房及一般病房的每日搜集。採樣可能不適用於SCA/ONC單位或新生兒加護病房。在一個月期間，每周定期(例如：每周二)且同一時間點收集一次在該單位的病人數(人日數)及至少使用任何一種中心導管的病人數(中心導管使用日數)。</p> <p>如果使用每週分母收集方法，則每月平均設備天數必須大於或等於75個設備天數。<i>The average number of device days per month must be greater than or equal to 75 device days if using weekly denominator collection method.</i></p> | |
| <input type="checkbox"/> | 資訊系統(呈現運用的程式系統且跳到問題8) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | 手工計算(每日/每周) | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | 一些單位資訊系統及一些單位手工作業 | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | 備註： | <input type="checkbox"/> | | |
| 2.分母計數是否有指定的時間？ | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | 答案必須為「是」 |
| 3.何時執行？ | | | 計數應每天在特定時間進行，最好在整個機構幾乎同時 | |

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| | | 進行，以避免病人轉床誤差。 |
| 4.描述用於計算病人日數的方法 | | 依照NHSN：對於每個監測的單位，應該在每天同一時間收集分母數據(病人日數及導管日數)，以確保不同的收集方法不會無意間導致導管日數大於病人日數。 |
| | 在進行中心導管/留置導尿管計數的同時計數該單位之病人數 | |
| | 其它(說明) | |
| 5.當回報每月病人日數時，若資料有遺漏會如何處理?(擇一) | | NHSN於2013年9月發布了針對遺漏數據估算值的具體指南(http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/NHSNMissingDenomData_Sep2013.pdf) |
| | 在不調整遺漏數據的情況下，回報可得到每日計數的總和 | |
| | 使用我們自己的方法估計或從現有資訊重建遺漏的數據 | |
| | 使用最新的CDC / NHSN指南估算遺漏值 | |
| | 其他(說明)： | |
| 6.哪個最能描述您針對分母(病人日數及中心導管或導管日數)計算的訓練?(選擇所有符合條件的) | | |
| | 未提供具體訓練 | 由於定義(如：中心導管、長期導管、暫時導管)及方法(如：何時去計算導管、算多少)的技術考量，建議由NHSN或經NHSN培訓過的感染管制人員進行正式訓練。 |
| | 同儕訓練(先前計算過的同仁向新同仁解釋了他們的方法) | |
| | 由感染人員正式的訓練 | |
| | 由NHSN正式訓練(如：線上訓練) | |
| | 每年訓練一次 | |
| | 其他(說明)： | |
| 7.當“專任”的數據收集者未上班時，將由誰計算病人日數及中心導管或導管日數? | | <input type="checkbox"/> 感管人員 <input type="checkbox"/> 其他訓練過的計算者 <input type="checkbox"/> 無其他人 <input type="checkbox"/> 其他(說明) |
| 8.您的機構是否有應用於分母數據品質管理的機制?(擇一) | | |
| | (資訊化數據)有，使用手動方法定期檢查以資訊化方式提交的數據 | |
| | (手動數據)有，不止一名工作人員會定期計算手動收集的數據 | |
| | 有，其他(說明) | |
| | 無正式的品質管理程序 | |
| 9.哪位(些)工作人員負責將驗證後的病人日數及中心導管或導管日數據輸入到NHSN中? | | <input type="checkbox"/> 感管人員 <input type="checkbox"/> 計算者 <input type="checkbox"/> 文書人員 <input type="checkbox"/> 其他(說明) |

| 中心導管日數(僅供導管相關血流感染之分母計數) | | 關鍵/合理答案： |
|--|--------------------------------|---|
| 10. 如何收集您所監控的單位之中心導管日數？ | | |
| | 資訊系統(說明使用的程式系統並跳至問題13) | |
| | 手工計算(每天/每周) | |
| | 一些單位資訊系統及一些單位手工作業 | |
| | 備註： | |
| 11. 確認計算中心導管日數的方法：(擇一) | | 每日計算病人照護單位中具有中心導管的病人數，該計數總計為每月總計 |
| | 在進行監測時計算至少有使用一種中心導管的病人數 | |
| | 在進行監測時計算已置放的中心導管數量 | |
| | 在進行監測時計算正在使用的中心導管數量 | |
| | 其他(說明)： | |
| 12. 當報告每月中心導管日數總數時，若中心導管日數數據有遺漏會怎麼處理？(擇一) | | NHSN於2013年9月發布了針對遺漏數據估算的具體指南(http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/NHSNMissingDenomData_Sep2013.pdf) |
| | 報告可取得之每日計算總和，而不針對遺漏的數據進行調整 | |
| | 使用現有訊息(如：病歷)估算或重新產生遺漏的數據再算總和 | |
| | 使用最新的CDC / NHSN指南為遺漏的分母數據估算遺漏值 | |
| 13. 病人同是具有動脈導管及週邊靜脈導管，該病人在這一天要計算幾個中心導管日數？ | | 零。動脈導管及週邊靜脈導管並非中心靜脈導管。 |
| 14. 病人在住院期間使用了一條暫時性的中心導管和一條永久性的中心導管。該病人在這一天要計算幾個導管使用日數之分母？ | | 一個。雖然該病人使用兩種中心導管，導管使用日數的定義為使用導管之病人數，並非導管數。 |
| 15. 上述使用一條暫時性的中心導管和一條永久性的中心導管之病人入住腫瘤科病房。您應該報告一個暫時性的中心導管日數、一個永久性的中心導管日數、或同時報告一個暫時性的中心導管日數和一個永久性的中心導管日數？ | | 當腫瘤科病房的病人同時具有暫時性及永久性的導管，導管日數應報告暫時性的導管日數。(該訊息在NHSN PSC手冊《表格57.1171的說明》中有詳細描述。 |

| | | |
|---|--|---|
| 16. 病人具有一個住院期間未使用的Port-A導管及一個正在使用中的周邊靜脈導管。該病人在這一天要計算幾個導管使用日數之分母？ | | 一個。2019年1月開始，入院時已存在的中心導管，應從入住照護單位之當天開始被算入導管使用日數之分母，不管中心導管是否使用。周邊靜脈導管並非中心導管。 |
| 17. 此次住院期間置放了一個Port-A導管以進行化療。尚未使用。該病人在這一天要計算幾個導管使用日數之分母？ | | 一個。若在當前住院期間在照護單位置放中心導管，如持續維持置放期間皆需算入導管使用日數之分母，不論是否有使用。 |
| 18. 病人昨日於加護病房使用中心導管抽血檢查，但目前未使用中心導管且使用周邊導管中。該病人在這一天要計算幾個導管使用日數之分母？ | | 一個。中心導管在此次住院期間於照護單位被使用，隨後此導管將每日被算入分母直到出院為止，除非導管移除。 |
| 19. 病人於急診入院評估期間使用中心導管進行抽血檢查。目前病人已轉至住院病房，但導管尚未被使用。該病人在這一天要計算幾個導管使用日數之分母？ | | 一個。從2018年開始，一旦病人入住住院單位，所有中心導管皆應被計算在導管使用日數之分母中。 |
| 20. 若中心導管於下午兩點移除並於晚上八點重新置放，中心導管使用日數於下午五點計算，請問此導管應被算入嗎？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不確定 | 否。中心導管應於計算當下仍置放方可算入。 |

| | | |
|---|--|---|
| 新生兒加護單位(NICU)-特殊中心導管問題(選答：若NICU問題不適用於您的工作，請略過此部分) | | |
| 21. 在新生兒單位回報中心導管日數時，要回報哪一個體重？(擇一) | <input type="checkbox"/> 出生體重 <input type="checkbox"/> 目前體重 | 出生體重 |
| 22. 在每日計算時，新生兒同時有中心導管及臍導管：(擇一) | <input type="checkbox"/> 僅回報臍導管 <input type="checkbox"/> 僅回報中心導管 <input type="checkbox"/> 2 separate lines兩者皆算 | 僅回報中心導管。無單獨回報臍導管；臍導管被視為中心導管，回報一個或多個中心導管，依照出生體重分級。 |

| 留置導尿管日數(僅適用於計算留置導尿管) | |
|---|--------------------------------------|
| 23. 如何為您監控的單位收集留置導尿管日數?(擇一) | |
| | 資訊系統(說明所使用之程式系統) |
| | 手工計算(每日/每週) |
| | 一些單位使用資訊系統一些單位使用手工計算 |
| | 備註: |
| 24. 用來計算留置導尿管日數之方法:(擇一) | |
| | 用集尿袋計算該單位病人留置導尿管日數 |
| | 用導尿管或尿套式導尿管計算該單位病人留置導尿管日數 |
| | 用導尿管、尿套式導尿管或恥骨上導管計算該單位病人留置導尿管日數 |
| | 用導尿管或使用於膀胱灌洗之三腔(輸液)導尿管計算該單位病人留置導尿管日數 |
| | 其他(說明): |
| 25. 當回報每月留置導尿管總日數時,若有遺漏導尿管日數之數據時會如何處理?(擇一) | |
| | 報告可取得之每日計算總和,而不針對遺漏的數據進行調整 |
| | 使用現有訊息(如:病歷)估算或重新產生遺漏的數據再算總和 |
| | 使用最新的CDC / NHSN指南為遺漏的分母數據估算遺漏值 |
| 26. 病人有輸尿管支架及導尿管;皆有連接集尿袋。該病人在這一天要計算幾個導尿管日數? | |
| 一個。輸尿管支架不列入計算因為它非導尿管。一個病人一天只能倍計算1個導尿管日數。 | |
| 27. 病人有置放三腔導尿管作為術後灌洗以預防膀胱的血液凝結,並作為尿液引流。該病人在這一天要計算幾個導尿管日數? | |
| 一個。導尿日數的計算包含用於間歇或連續灌洗的導尿管,如同用做引流的導尿管。 | |
| 28. 病人有恥骨上導尿管。該病人在這一天要計算幾個導尿管日數? | |
| 零。恥骨上導尿管並非導尿管因為它是經由腹壁插入膀胱。 | |

29. 病人的留置導尿管於中午移除並於下午五點重新置放。每日計算留置導尿管時間為下午兩點。該病人在這一天要計算幾個導尿管日數？

不算。在每日分母計算時並沒有留置導尿管。註釋：然而，如該病人發生由泌尿道感染引起的血流感染，該日將被視為符合CLABSI收案標準所需的兩個導管天數之一天，因為導管僅需在兩天中的部分時間內留置即符合此收案標準。

附錄 3.4 : 手術程序和SSI監視方法調查(含關鍵)

| | | | | |
|--|---------|---|--------|---|
| 使用說明：說明：對負責NHSN SSI監測並報告手術分母（手術程序）數據的人員進行此調查 | | | | |
| 機構識別碼： | 被訪談者姓名： | 位置： <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) | 訪談者簽名： | 訪談日期： |
| 手術台數(分母) | | 關鍵答案： | | |
| 1. 您的機構通常將手術術式以電子病歷方式上傳到NHSN，還是人工方式？（擇一） | | <input type="checkbox"/> 電子病歷（跳答問題3） <input type="checkbox"/> 人工方式 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）：_____ | | |
| 2. 如果是人工方式，誰負責將手術術式數據輸入NHSN？（選一個）： | | <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> 書記人員 <input type="checkbox"/> 助理 <input type="checkbox"/> 其他 | | 如果IP負責輸入分母數據並且無法完全履行其他職責，建議由助理 |
| 3. 您的醫院通常使用哪些方式作為COLO和/或HYST手術辨識 | | <input type="checkbox"/> 完整的OR記錄/報告系統 <input type="checkbox"/> 選定的已標記/已過濾的OR記錄/報告 <input type="checkbox"/> 外科醫生分配的CPT代碼 <input type="checkbox"/> 出院後編碼員分配的ICD-10-PCS程序代碼 <input type="checkbox"/> 使用OR記錄的供應商系統（指定） _____ <input type="checkbox"/> 供應商系統使用在卸貨後分配的ICD-10-PCS程序代碼（指定） _____ <input type="checkbox"/> 供應商系統同時使用OR記錄和排放後分配的ICD-10-PCS程序代碼（指定） _____ <input type="checkbox"/> 其他_____ | | 需要ICD-10-PCS / CPT操作程序代碼來確定要報告的正確NHSN操作程序類別。ICD-10-PCS / CPT操作程序代碼應由專業的醫療編碼人員分配。 如果對分配的手術程序代碼的準確性存在疑問，則應與您的專業醫療編碼人員一起審查這些問題。 |
| 4. 您如何確保COLO和/或HYST手術過程完成？ | | <input type="checkbox"/> 沒有系統的方法 <input type="checkbox"/> 對XLAP進行額外審查 <input type="checkbox"/> 交叉引用數據源（解釋）： _____ | | 交叉引用源（例如，放電後加上OR記錄加上ICD-10-PCS / CPT操作程序代碼分配）是確保完整分母計數的最佳方法。通常，應由對COLO和HYST進行監視的IP來 |

| | | |
|---|--|--|
| | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | <p>檢查XLAP。</p> <p>由於無法預測程序，因此計劃的OR計劃通常不準確。OR記錄系統可能不精確（例如，可能記錄XLAP而不是指定XLAP導致COLO，APPY或SB）。或註釋可能編碼不正確</p> <p>76</p> <p>2019年七月</p> <p>（例如，外科醫生可基於提取路徑調用程序VHYS，而編碼器可基於分離路徑將其分類為HYST）。</p> <p>HYST：出於NHSN SSI報告的目的，在腹部子宮切除術（HYST）類別中列出了涉及切除腹部的子宮切除術程序代碼，其中包括套管針插入。正確的子宮切除術程序代碼應由病歷編碼人員使用當前的指南和慣例指定。</p> |
| <p>5. 在什麼情況下，您應從NHSN中刪除COLO和/或HYST程序？（選擇所有適用項）：</p> | <input type="checkbox"/> a未將COLO或HYST ICD-10-PCS / CPT操作程序代碼分配給該操作程序 <input type="checkbox"/> b已分配COLO或HYST ICD-10-PCS / CPT操作程序代碼，但IP認為編碼器分配的COLO或HYST代碼有誤 <input type="checkbox"/> c切口未在OR中主要閉合 <input type="checkbox"/> d入院和出院日期均為同一日曆日期（NHSN門診手術程序） <input type="checkbox"/> e手術時存在感染（PATOS） <input type="checkbox"/> f傷口類別=受污染（CO）或髒污（D） <input type="checkbox"/> gASA分數= 6 <input type="checkbox"/> h其他 _____ | <p>儘管可以質疑ICD-10-PCS / CPT操作程序代碼，但只有在程序不符合NHSN程序定義的其他方面時，才可以使用指定的ICD-10-PCS / CPT操作程序代碼刪除程序。因此，如果沒有1）沒有適當的ICD-10-PC / CPT程序代碼，2）不是住院病人的手術程序，則應該刪除該程序，（如果設施僅遵循月度報告計劃中的住院程序），3）ASA分數= 6（正確答案a，d，g）。</p> |
| <p>6. 如果OR記錄與列出的ICD-10-PCS過程代碼不匹配，該怎麼辦？</p> | <p>_____</p> | <p>為了進行驗證，NHSN建議IP將編碼不匹配的內 容帶給編碼人員以供審核，並且不應超越編碼人</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | 員的決定。 |
| 7. 以下哪項與原發性傷口閉合的定義一致？（檢查所有適用） | <input type="checkbox"/> 縫合完全封閉皮膚 <input type="checkbox"/> 用釘書釘局部封閉皮膚 <input type="checkbox"/> 通過切口關閉皮膚，除芯吸/排水外 <input type="checkbox"/> 閉合的筋膜，切口在皮膚水平鬆弛 <input type="checkbox"/> 筋膜閉合，皮膚層保持開放 | 除最後一個選項外，所有選項都被視為主關閉。無論關閉方法如何，所有程序都必須報告給NHSN。 |
| 8. 您的醫院是否進行NHSN分析以查看COLO或HYST SSI和程序的縱向趨勢？ | | 這是對於醫院使用NHSN數據的推薦做法 |
| 9. 如果本月您的手術分母從一個月到下個月大大提高，您會怎麼做？ | | 建議：經過在患者/操作級別上探索數據來查明原因，以調查此原因 |

| 手術部位感染（分子）數據收集問題 | | |
|--|--|--|
| 使用說明：直接訪問負責識別和報告SSI數據的人員 | | 訪問日期： |
| 受訪者的姓名/身份證： | 位置 | (第一輪)：COLO, HYST和BOTH |
| 分子（SSI事件）數據： | | |
| 10. 如果患有SSI的患者被錄取到您的設施中，但是外科手術是在另一家醫院（“醫院A”）中進行的，您該怎麼辦？（選擇所有適用項） | <input type="checkbox"/> 妄向NHSN報告SSI <input type="checkbox"/> 妄將SSI報告給“醫院A” <input type="checkbox"/> 妄向衛生部門報告SSI <input type="checkbox"/> 妄沒有外部報告 說明： _____ | 最佳做法是向“醫院A”報告，並（如果國家要求）向衛生部門報告。甲醫院應向NHSN報告。SSI事件必須由執行該過程的機構報告，並鏈接到與SSI事件相關的操作過程（分母詳細信息）。 |
| 11. 如果您不向“A醫院”報告SSI，為什麼？（選擇所有適用項） | <input type="checkbox"/> 妄HIPAA問題 <input type="checkbox"/> 妄不是知識產權計劃的優先事項 <input type="checkbox"/> 妄後勤上的困難（哪家醫院，要聯繫誰） <input type="checkbox"/> 妄不需要 說明： | 如果機構引用了HIPAA的問題，請考慮共享附錄7或CSTE立場聲明13-ID-09，其中包含民權辦公室的信息，以確保與原始機構共享SSI信息不會違反HIPAA |
| 12. 如果另一家醫院的IP與您在設施中接受過SSI的患者聯繫，您該怎麼辦？（選擇所有適用項） | <input type="checkbox"/> 妄向IP尋求幫助以完成NHSN報告 <input type="checkbox"/> tracking追蹤記錄中的文件 <input type="checkbox"/> to向NHSN報告SSI <input type="checkbox"/> 妄要求IP向NHSN報告SSI <input type="checkbox"/> 妄沒有內部報告或文件 說明： | 另一個IP可以最好地記錄感染的深度，但是不能將事件報告給NHSN，因為它必須被鏈接。建議要求其他IP幫助完成NHSN報告表格，在患者記錄中包括註釋或副本，並報告給NHSN |
| 13. 常規和系統地使用哪些方法來識別可能的SSI？ | 報告/回合： | |

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>(檢查所有適用)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>急診科與診斷的清單 <input type="checkbox"/>帶有診斷的招生清單 <input type="checkbox"/>外科病房 <input type="checkbox"/>住院病人積極的實驗室文化 <input type="checkbox"/>ED積極的實驗室文化 <input type="checkbox"/>藥房報告 (抗生素開始或持續使用) <input type="checkbox"/>其他_____ <p>手術服務信息：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>住院治療 <input type="checkbox"/>手術入院 <p>ADT /病歷數據挖掘：</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>出院後一個月內再入院 <input type="checkbox"/>擴展LOS <input type="checkbox"/>放電診斷編碼 <input type="checkbox"/>其他_____ |
| <p>14. 您的醫院如何對SSI進行出院後的監測？</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>IP沒有正式的出院後監督計劃 <input type="checkbox"/>IP通過郵件進行患者調查 <input type="checkbox"/>IP通過電話進行患者調查 <input type="checkbox"/>IP向患者提供患者的外科醫生清單以做出回應 <input type="checkbox"/>外科醫生表示在手術隨訪中發現了SSI <input type="checkbox"/>外科醫生通過郵件調查患者 <input type="checkbox"/>外科醫生通過電話調查患者 <input type="checkbox"/>IP審查外科診所/傷口診所信息 <input type="checkbox"/>手術後30-60天IP審查手術患者記錄 <p>其他/評論：_____</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>15. 在一次手術室的過程中，同時執行了大腸手術(COLO)和子宮切除(HYST)。發生了深部切口SSI。您應將SSI歸於哪個術式？</p> | <p>a) 大腸手術(COLO) b) 子宮切除(HYST) c) 兩者 d) 取決於手術術式 e) 都不</p> | <p>兩個答案是正確的 (a和d)：該過程在2019年過程層次結構中較高 (這將是COLO)，因為您無法確定哪個過程導致了SSI</p> |
| <p>16. 在一次手術室的過程中，同時執行了大腸手術(COLO)和子宮切除(HYST)。患者隨後符合腹膜炎 (器官腔式SSI) 的GI-IAB標準。您應將SSI歸於哪個術式？</p> | <p>a) 大腸手術(COLO) b) 子宮切除(HYST) c) 兩者 d) 取決於手術術式 e) 都不</p> | <p>兩個答案是正確的 (a和d)：該過程在2019年過程層次結構中較高 (這將是COLO)，因為您無法確定哪個過程導致了SSI</p> |
| <p>17. 在一次手術室的過程中，同時執行了大腸手術(COLO)和子宮切除(HYST)。出現陰道囊膿腫 (器官空間SSI)。您應將SSI歸於哪個術式？</p> | <p>a) 大腸手術(COLO) b) 子宮切除(HYST) c) 兩者 d) 取決於手術術式 e) 都不</p> | <p>道套囊是HYST的手術部位，不需要分層。該SSI歸因於HYST (答案b)</p> |
| <p>18. 在一次手術室的過程中，同時執行了大腸手術(COLO)和子宮切除(HYST)。小腸吻合部位 (器官空間SSI) 的膿腫發展。您應將SSI歸於哪個術式？</p> | <p>a) 大腸手術(COLO) b) 子宮切除(HYST) c) 兩者 d) 取決於手術術式 e) 都不</p> | <p>SSI定位於SB的手術部位，不需要層次結構；該SSI可歸因於SB (答案a)。SB在層次結構中較高，但是僅當無法通過局部感染確定歸因時才使用層次結構。</p> |

附錄 3.5：實驗室事件監視方法調查 (with KEY)

日期：_____

機構編號/醫院名稱：_____

| 實驗室結果資料監測法 | | | | |
|--|-----|---|--|---------------------------|
| 說明：針對對於實驗室結果數據提報者進行稽核 | | | | |
| 分母資料收集問題 | | | | |
| 受訪者姓名： | 位置： | <input type="checkbox"/> MRSA 菌血症 <input type="checkbox"/> CDI 感染症 | 查核者： | 查核日期： |
| 1. 機構每月提報一次分母數據進入 NHSN 資料系統 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 必須為是 |
| 2. CDI 的所有報告皆須納入分母 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 否 (分母=住院天數) |
| 3. 僅有住院患者納入住院天數計算；排除門診病患 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 否 (所有在住院大樓出現之病患) |
| 4. 兒科病患的 CDI 報告應該被排除在 FacWideIN 外 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 否 (排除 NICU、BR、產房之 CDI 個案) |
| 5. NICU、嬰兒室等具有 MRSA 菌血症的報告應從分母中排除 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 否 (無排除左列條件) |
| 分子資料收集問題 | | | | |
| 受訪者姓名： | 位置： | <input type="checkbox"/> MRSA 菌血症 <input type="checkbox"/> CDI 感染症 | 查核者： | 查核日期： |
| 6. 機構每月提報一次全院分子數據進入 NHSN 資料系統 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 否 (僅提供部分資料) |
| 7. CDI 報告分子須包含所有糞便檢體的陽性結果 (toxin positive) | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 否 (實驗室僅提供未成型糞便之報告) |
| 8. 大於 14 天之 MRSA 菌血症及 CDI 報告應列為第二次事件 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 必須為是 |
| 9. 大於 14 天之實驗室報告應列為第二次事件 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 否 (患者更換病房，14 天內重複通報) |
| 10. 無論病人是否更換病房，大於 14 天以上的 MRSA 及 CDI 報告才作第二次通報 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 必須為是 |
| 11. CDI 感染需有實驗室報告才登錄 NHSN | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 必須為是 |
| 政策問題 | | | | |

12. 機構是否接受非成型糞便之 CDI 檢驗樣本?或是所有糞便檢體皆可檢驗?

- 僅收非成型糞便
- 所有糞便檢體

建議僅處理非成型糞便

附錄 3.6：實驗室事件住院患者 (FacWideIN) 分母驗證模板

請依您所在州別調整模板使用

電子資訊化收集 MRSA 菌血症及 CDI 感染症分母

「FacWideIN 資料庫」包含在每日同一時間收集之住院人日數，包含當日住院所有位置的任何患者，無論機構認定這些病人室住院病人或觀察病人，且不包含門診區塊的任何病人，寫此資料須電子資訊化自動收集。

由於機構中要驗證住院人日數較為困難，所以可以採用以下方式進行分母驗證：選取三個病房進行三個月的人工記數驗證，挑選一個加護病房、一個產後病房、一個或多個常有觀察病人的病房。

機構內具有住院復健病房 (IRF)、住院精神病房 (IPF)、經過 CCNs 認證之兒科區塊 (如：NICU、嬰兒室) 等亦須納入驗證。

電子資訊化收集資料與人工記數之誤差應在 5% 以內，並評估差異處。

| MRSA 菌血症與實驗室事件分母驗證 | | | | | | | |
|--------------------|-----------|--------|------------|------|--------|------------|------|
| 驗證地點* | 驗證月份 (抽樣) | 住院天數 | | | 住院人日數 | | |
| | | 常規提報數值 | ±5% 誤差容忍區間 | 人工記數 | 常規提報數值 | 5% 誤差容忍區間† | 人工記數 |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |

*挑選一個加護病房、一個產後病房、一個或多個常有觀察病人的病房，進行連續三個月的住院天數與住院人日數驗證。[根據 NHSN 的定義 (https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf 和 http://www.cdc.gov/nhsn/forms/instr/57_127.pdf) MRSA 菌血症須包含 NHSN 急性照護機構中產房、恢復室、分娩室、產後病房的母親與嬰兒。

†5% 誤差容忍區間計算公式:常規提報數值± (常規提報數值* 0.05)。範例:常規提報數據=164、人工記數=178，合格的 5%誤差容忍區間為 $[164 \pm (164 * 0.05)] = 155.8$ 到 172.2 。而此人工記數為 178，已超出誤差容忍範圍，表示常規提報數並不準確，需要進行調查與校正。

CDI 與實驗室事件分母驗證

| 驗證地點* | 驗證月份 (抽樣) | 住院天數 | | | 住院人日數 | | |
|-------|--------------|------------|----------------|----------|------------|----------------|----------|
| | | 常規提報 數值 | †5% 誤差容 忍區間 | 人工記 數 | 常規提報 數值 | 5% 誤差容忍 區間† | 人工記 數 |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | 2 | | | | | | |
| | 3 | | | | | | |

*挑選一個加護病房、一個產後病房、一個或多個常有觀察病人的病房，進行連續三個月的住院天數與住院人日數驗證。[根據 NHSN 的定義

(https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pcsmanual_current.pdf 和 http://www.cdc.gov/nhsn/forms/instr/57_127.pdf)

CDI 僅包含 NHSN 急性照護機構中產房、恢復室、分娩室、產後病房的母親(嬰兒不納入計算)。

†5% 誤差容忍區間計算公式:常規提報數值± (常規提報數值* 0.05)。範例:常規提報數據=164、人工記數=178，合格的 5%誤差容忍區間為[164±(164*0.05)]=155.8 到 172.2。而此人工記數為 178，已超出誤差容忍範圍，表示常規提報數並不準確，需要進行調查與校正。

附錄 4：HIPAA 規範之醫療機構/醫療提供者對醫療機構/醫療提供者的交流溝通

問題與答案

備註：疾病管制與預防中心(CDC)科學家及律師，與專責監督 1996 年健康保險可攜性與責任法案(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)行政事務之衛生與公共服務部(Health and Human Services, HHS)民權辦公室(Office of Civil Rights, OCR)方案與法務人員，共同發想撰寫以下文件。若無 OCR 明確允許，以下資訊不得修改。

HIPAA 規範之醫療機構/醫療提供者對醫療機構/醫療提供者的交流溝通

問題與答案

醫療照護提供者(係指醫院、養護中心、復健機構等其他醫療機構等個別臨床醫生與機構)正越發積極面對相關議題，包含病人安全，與病人受醫療保健有害事故危害最小化。現今的公眾、政策制定者、與許多醫療提供機構致力追求醫療保健業更加透明，承擔更大責任。其中，對於因照護過程、照護過程省略、或於某一照護事件中接觸危險(如暴露於某感染物)而導致的有害事故，使得機構進行資訊分享，開始(或重新開始)獲得重視。

就 HIPAA 隱私規定是否允許個別提供者及/或機構因病人安全相關目的而分享資訊，醫療照護提供者提出許多疑問。此指導手冊認定意圖分享病人資訊的提供者係受 HIPAA 規範之單位。任何醫療照護提供者可能碰到此類問題，不過此類問題在醫療照護機構層面更常出現。此處「病人」一詞，也包含住在養護中心或其他機構、通常被稱為「住民」的人。「源頭機構」或「源頭提供者」係指第一個照護病人的醫療機構或個別醫療提供者。受保護健康資訊(protected health information, PHI)則指可識別(或用來識別)某一病人之個別健康資訊。

問題 1

在未取得病人授權下，HIPAA 是否允許醫療照護機構分享 PHI 給病人曾接受治療或居住的源頭機構，以達到向源頭機構通報出現有潛在感染控制需求之感染症狀的目的？

在下方情境中，養護中心的住民住院並被診斷出有某種症狀，而醫院有意將此健康資訊披露給養護中心。

- 醫院的門診醫生診斷出病人患有肺結核，有意通報養護中心，使養護中心職員能隔離檢疫與病人同房、正在咳嗽的住民。
- 病人因敗血症住院，不久後於院內死亡。入院時所採的血液培養發現是一型鏈球菌。醫院有意將該病人確診感染具侵略性一型鏈球菌(可在養護中心造成嚴重傳染)之資訊，披露給養護中心，以達到感染控制目的，儘管該病人不會再回去居住。

- 醫院於流感季節初期診斷出病人染上流感，有意將此資訊披露給養護中心，以達到感染控制目的。

於上述個別情境中，醫院均有意透露病人姓名，使養護中心能確認此病人曾是其住民，與受其服務之日期及地點。

答案 1

HIPAA 隱私規定允許受規範之醫療照護提供者，在未取得病人授權下，因治療目的使用或披露 PHI。(原則上，心理治療筆記資料之披露必須取得病人書面授權，但此類資訊與此處探討問題無關。) 45 CFR 164.506(c)及 164.508(a)(2)。「治療」的定義包含「醫療照護」與相關服務所提供的物品與醫療措施，及進行之協調或管理。45 CFR 164.501。「醫療照護」的定義包含預防性照護。45 CFR 160.103。治療係指針對單一病人採取之措施。在多數狀況下，對某人進行治療時必須用到與其相關之資訊，不過 HIPAA 隱私規定也允許與該名人士(即病人)相關之資訊被使用或披露，以達到針對其他人(即其他有危險的病人)進行治療或採取預防措施之目的。

在上述情境中，該病人(即養護中心前住民)於居住養護中心期間，患有(或曾患有)某種症狀，可能直接影響該機構部分或全體住民的健康。在部分案例中，養護中心不知道有此症狀存在，或此症狀於該病人仍居住期間並未明顯出現。醫院可向養護中心披露該病人(即養護中心前住民)之 PHI，好讓其他住民可獲得醫治。

以治療為目的之 PHI 使用及披露，在「最低必要」規定上有所不同。「最低必要」規定不適用於以治療為目的之 PHI 披露，而上述討論之披露係指 HIPAA 隱私規定允許進行的治療披露。

當 PHI 被分享給養護中心後，可以被使用於治療住民。諸如群體追蹤、隔離、就養護中心中可能有危險的特定病人進行預防性投藥等預防性措施，皆為隱私規定認定之治療。上述之養護中心以治療為目的之 PHI 使用，則適用於隱私規定中的「最低必要」規定，及養護中心本身的「最低必要」相關規定。身為受規範單位的養護中心應確認需取得 PHI 的人(或特定群體之人)。對於這些人(或特定群體之人)，養護中心也應確認需取得的 PHI 種類，及在何種狀況下才適合取得。45 CFR 164.514(d)(2)。更多關於「最低必要」規定，參 http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/faq/minimum_necessary/207.html。

問題 2

在未取得病人授權下，HIPAA 是否允許醫療照護機構分享 PHI 給病人曾接受治療或居住的另一源頭機構，以達到通報出現與源頭機構所提供照護有關的潛在照護併發症，進而監看改善照護，並避免未來併發症發生的目的？

- 醫院發現手術部位感染(SSI)可能歸因於過去 12 個月內由某一門診手術照護機構與/或某一外科醫生進行的手術，有意將此 SSI 通報與該機構，或於特定情形下直接通報該外科醫生。
- 病人在醫院 A 進行手術，在未發現任何感染症狀或徵兆後出院，之後因 SSI 於醫院 B 入住。依聯辦法規(即醫療保險暨醫療補助服務中心 Centers for Medicare and Medicaid Services 之住院病人品質通報 Inpatient Quality Reporting 之計畫規定)，或州立法律或政策的要求，2 家醫院皆確實並致力通報所有與病人手術種類相關之 SSI。B 醫院有意向假定導致此 SSI 的 A 醫院通報，使 A 醫院可以全面說明其可能導致 SSI 發生的照護措施，並負起責任。

答案 2

HIPAA 隱私規定允許受規範單位因特定「醫療健康手術」目的，在未取得病人授權下使用或披露 PHI。45 CFR 164.506(c)。一受規範單位可向另一受規範單位因特定目的披露 PHI，只要其中一個單位與資訊提到的當事人有(或曾有)某種往來關係，且 PHI 與這往來關係有關。45 CFR 164.506(c)(4)。在接收資訊的受規範單位「推動有品質之評估與改善措施；…及以人口為主、與改善健康(及)規章發展相關之活動」為目的下，有關的資訊披露皆可進行。45 CFR 164.501 (「醫療健康手術」定義)。在特定醫療健康手術之目的下，只有最低程度的必要 PHI 可被披露。

上述之披露係指 HIPAA 隱私規定允許之醫療健康手術。在這些情境中，分享 PHI 的醫院、門診手術照護機構、與外科醫生均為受 HIPAA 規範之單位。披露 PHI 的醫院將與治療病人的手術機構(門診手術機構或醫院)與/或醫生分享該病人的相關資料，彼此之間的交流溝通皆涉及已提供的治療。此類資訊披露的目的，是讓手術機構及/或外科醫生監督並改善照護品質，符合「推動有品質之評估與改善措施」之描述，或許甚至符合「以人口為主、與改善健康」及/或「規章發展相關之活動」。於上述情境中，有 SSI 之病人的相關資訊可以被分享給手術機構及/或外科醫生。儘管只有最低程度的資訊可被披露，但在此種情境中，此類資訊也包含病人的身分，因為這是查明感染原因(即提供照護的日期地點與參與人員)的必要資訊。與調查 SSI 無關的病人健康資訊，則沒有必要被披露。

關於以治療與醫療手術為目的之資訊披露，可點下列網址了解更多

<http://www.hhs.gov/tw/ocr/privacy/hipaa/understanding/coveredentities/usesanddisclosuresfortpo.html>。

外部確效調查表

一、基本資料

- 醫院十碼章：
- 醫院名稱：
- 醫院層級：
- 實地訪查日期：____年____月____日
- 醫院取樣方法： 方法一 方法二
- 醫院選取原因:
 - 所有醫院均納入訪查
 - 優先訪查醫院
 - 由未被選入優先訪查醫院進行 5%隨機抽樣
- 資料抽樣期間：____年____月____日~____年____月____日

二、分子資料確效

| | | |
|----------|-----------------|--------------------|
| | 所有符合 CLABSI 個案數 | 通報至疾管署之 CLABSI 個案數 |
| 血液培養陽性個案 | | |

| 抽審病歷 | | 外部確效委員判定 | |
|------|----------------|-----------|------------|
| | | 符合 CLABSI | 不符合 CLABSI |
| 醫院收案 | 符合 CLABSI 且有通報 | | |
| | 符合 CLABSI 但未通報 | | |
| | 不符合 CLABSI | | |

三、分母資料確效

- 資料抽樣期間(108 年 7-9 月)·醫院使用哪一種方式進行導管使用人日數資料收集？
 - 人工計算 (每日計算/每週抽樣 1 天進行推算)
 - 由資訊系統自動計算
 - 2 種方式並行；部分病房使用人工計算·部分病房使用資訊系統自動計算

- 資料抽樣期間(108 年 7-9 月) · 醫院內部是否曾進行導管使用人日數資料確效作業？

否

是 · 請續填寫下表

| 確效地點 | 確效月份 | 確效方法 ¹ (A或B或C) | 人日數1 ² | 人日數2 ² |
|------|------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¹方法A：該院以人工計算方式收集資料，採取執行人員與較具經驗的人員同時進行導管使用人日數資料收集達3個月以上的方式進行確效作業(以具經驗者的資料做為評估標準)

方法B：該院以人工計算方式收集資料，採取同時與病人日資料(住院/出院/轉床等其他資料)進行比較達3個月以上的方式進行確效作業。

方法C：該院以資訊系統自動計算方式收集資料，採取人工計算與資訊系統自動計算同時進行導管使用人日數資料收集達3個月以上的方式進行確效作業(以人工計算結果做為評估標準)

²人日數欄位填寫說明：

| 方法 | 人日數1 | 人日數2 |
|----|----------------|--------------------|
| A | 常規收集的導管使用人日數 | 較具經驗人員收集的導管使用人日數 |
| B | 導管使用人日數 | 病人日 |
| C | 人工計算收集的導管使用人日數 | 資訊系統自動計算收集的導管使用人日數 |

- 資料抽樣期間(108 年 7-9 月) · 醫院使用哪一種方式進行病房人日數資料收集？

人工計算 (每日計算/ 每週抽樣 1 天進行推算)

由資訊系統自動計算

2 種方式並行；部分病房使用人工計算，部分病房使用資訊系統自動計算

病房維護資料確效

- 醫院的病房維護資料是否有需要修正之處？

否

是，請續填寫下表

| 病房別 | 目前於系統設定的病房種類 | 目前於系統設定的病房科別 | 建議設定的病房種類 | 建議設定的病房種類 |
|-----|--------------|--------------|-----------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- 加護病房

| 加護病房科別 | 目前於系統設定為開放的病房數 | 醫院實際病房數 |
|--------|----------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

四、其他補充事項

外部確效委員簽名：_____

109 年度台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理(THAS)系統

教育訓練課程

一、日期與地點：

(一)醫院教育訓練場次及地點：

| 區域 | 日期 | 地點 |
|-----|---------------------------|---|
| 台北區 | 109 年 11 月 25 日(三) 上午 9 時 | 巨匠電腦台北認證中心 306 教室 (台北市公園路 30 號 3 樓) |
| | 109 年 11 月 25 日(三) 下午 2 時 | |
| | 109 年 12 月 23 日(三) 上午 9 時 | 巨匠電腦台北認證中心 308 教室 (台北市公園路 30 號 3 樓) |
| | 109 年 12 月 23 日(三) 下午 2 時 | |
| 中區 | 109 年 12 月 17 日(四) 下午 2 時 | 巨匠電腦公益認證中心 301 教室 (台中市公益路 90 號) |
| | 109 年 12 月 18 日(五) 上午 9 時 | |
| | 109 年 12 月 18 日(五) 下午 2 時 | |
| 南區 | 109 年 12 月 9 日(三) 上午 9 時 | 巨匠電腦台南認證中心 301 教室 (台南市中西區公園路 108 號) |
| | 109 年 12 月 9 日(三) 下午 2 時 | |
| 高屏區 | 109 年 12 月 10 日(四) 下午 2 時 | 巨匠電腦高雄認證中心 304 教室 (高雄市新興區中山一路 242 號) |
| | 109 年 12 月 11 日(五) 上午 9 時 | |
| | 109 年 12 月 11 日(五) 下午 2 時 | |
| 東區 | 109 年 11 月 27 日(五) 下午 2 時 | 巨匠電腦花蓮認證中心 201 教室 (花蓮市中山路 180 號) |

(二)衛生防疫單位教育訓練日期及地點：

| 區域 | 日期 | 地點 |
|-----|---------------------------|--|
| 台北區 | 109 年 12 月 24 日(四) 下午 2 時 | 巨匠電腦台北認證中心 308 教室 (台北市公園路 30 號 3 樓) |

二、課程表：

(一)醫院課程表(下午場為 14:00 至 17:00)

| 時間 | 課程主題 | 課程綱要 |
|-------------|-----------|--------------------------|
| 09:00-09:25 | 系統管理及維護 | 帳號相關(含帳號申請、權限變更、帳號清查...) |
| | | 通報項目維護(含病房維護、菌種維護等...) |
| 09:25-10:15 | HAI 通報及查詢 | 含個案、月維護等通報查詢及品質檢視 |
| 10:15-10:50 | AR 通報及查詢 | AR 通報查詢功能及通報品質檢視 |
| 10:50-11:00 | 休息 | |
| 11:00-11:30 | THAS 報表 | AUR 報表查詢 |
| | 操作說明 | HAI 報表查詢 |
| 11:30-11:40 | 宣導事項 | WebAPI 概述等其他注意事項 |
| 11:40-12:00 | 測驗 | 課後測驗 |
| 12:00~ | 賦歸 | |

(二)衛生防疫單位課程表

| 時間 | 課程主題 | 課程綱要 |
|-------------|----------|---------------------------|
| 14:00-14:30 | 系統管理及維護 | 帳號相關(含帳號申請、帳號審查、清查與管理...) |
| | | 醫院相關(含新醫院申請及醫院資料管理) |
| 14:30-15:00 | THAS 報表 | AUR 報表查詢 |
| | 操作說明 | HAI 報表查詢 |
| 15:00-15:10 | 休息 | |
| 15:10-16:40 | 感染管制查核作業 | 查核成績檢視、問卷填報及無預警查核等功能介紹 |
| 16:40-17:00 | 測驗 | 課後測驗 |
| 17:00~ | 賦歸 | |

備註：

- 1、上午場課程場地為上午9時準點開門，請受訓者斟酌預留抵達時間。
- 2、實際授課時間將視當天授課情形調整。

109年度台灣醫院感染管制 與抗藥性監測管理(THAS) 系統教育訓練

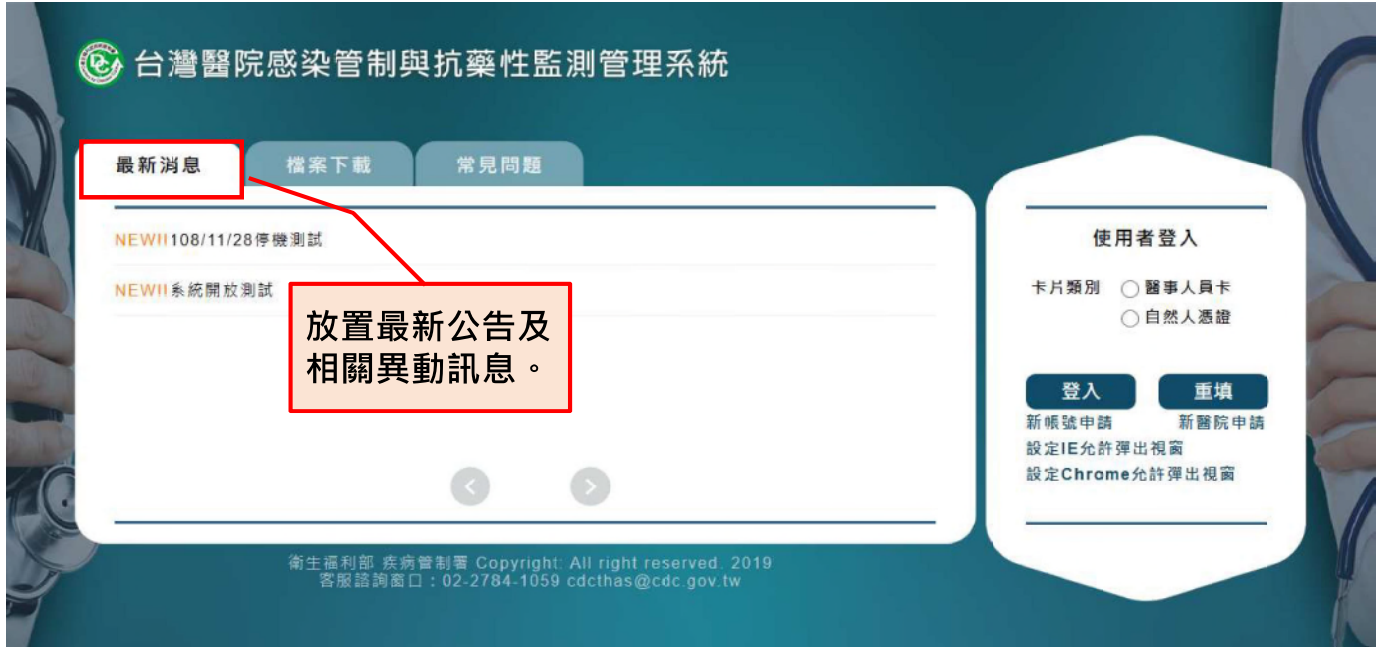
衛生福利部疾病管制署
109年11月

課程大綱

| | 項目 | 課程內容 |
|-----|--------------------------|--|
| 第一堂 | PART 1 系統管理及維護 | 1.帳號相關(含帳號申請、權限變更、帳號清查...) 2.通報項目維護(含病房維護、菌種維護等...) |
| | PART 2 HAI通報及查詢 | 含個案、月維護、手術個案等通報查詢及品質檢視 |
| | PART 3 AR通報及查詢 | AR通報查詢功能及通報品質檢視 |
| 第二堂 | PART 4 THAS報表 操作說明 | 1.AUR報表查詢 2.HAI報表查詢 |
| | PART 5 宣導事項 | WebAPI概述等其他注意事項 |
| | PART 6 測驗 | 課後測驗 |

THAS系統登入頁介紹

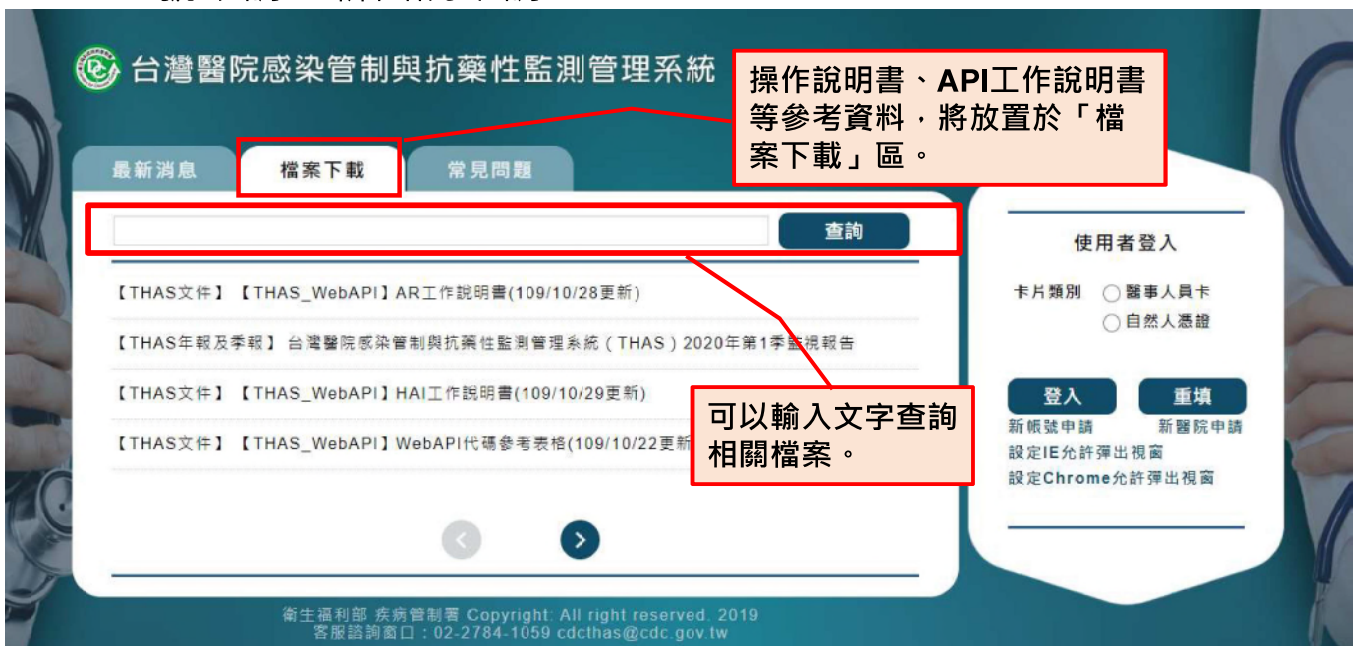
- 系統僅提供使用自然人憑證或醫事人員卡登入
- 登入頁提供資訊：最新消息、檔案下載、常見問題、新帳號申請、新醫院申請



※電腦環境：配備瀏覽器IE11.0以上或GoogleChrome最新更新版本。 3

THAS系統登入頁介紹

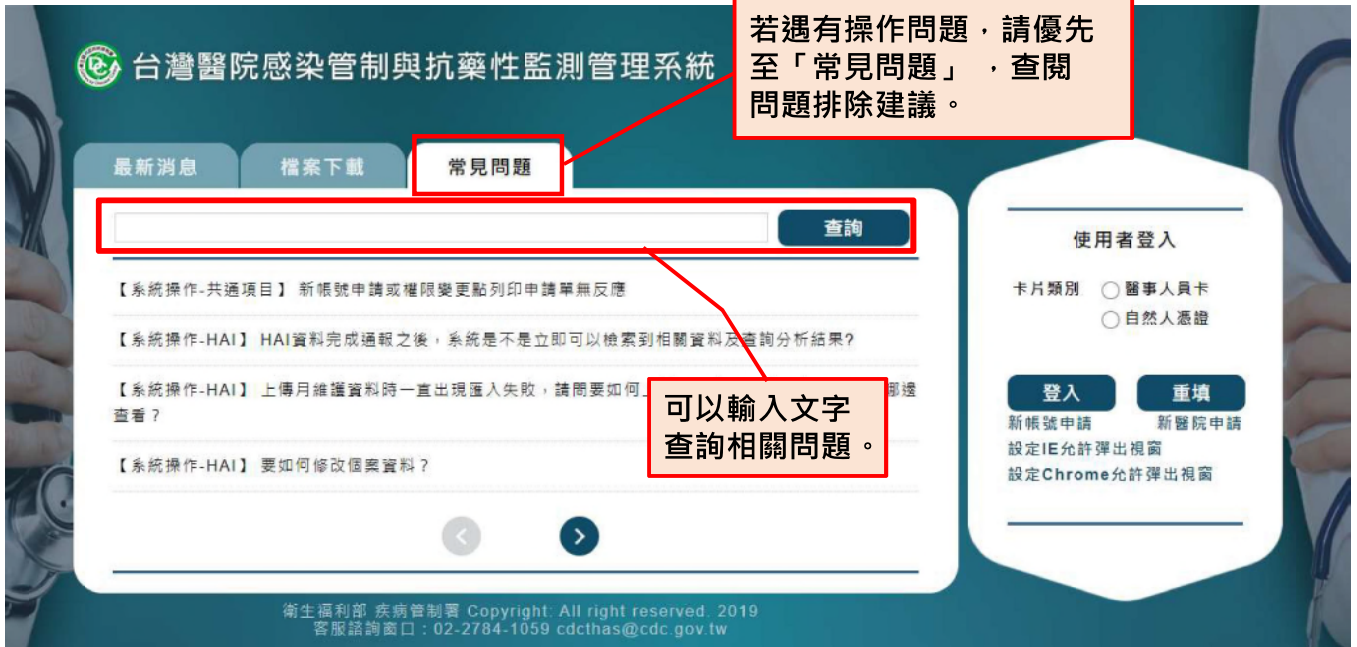
- 系統僅提供使用自然人憑證或醫事人員卡登入
- 登入頁提供資訊：最新消息、檔案下載、常見問題、新帳號申請、新醫院申請



※電腦環境：配備瀏覽器IE11.0以上或GoogleChrome最新更新版本。 4

THAS系統登入頁介紹

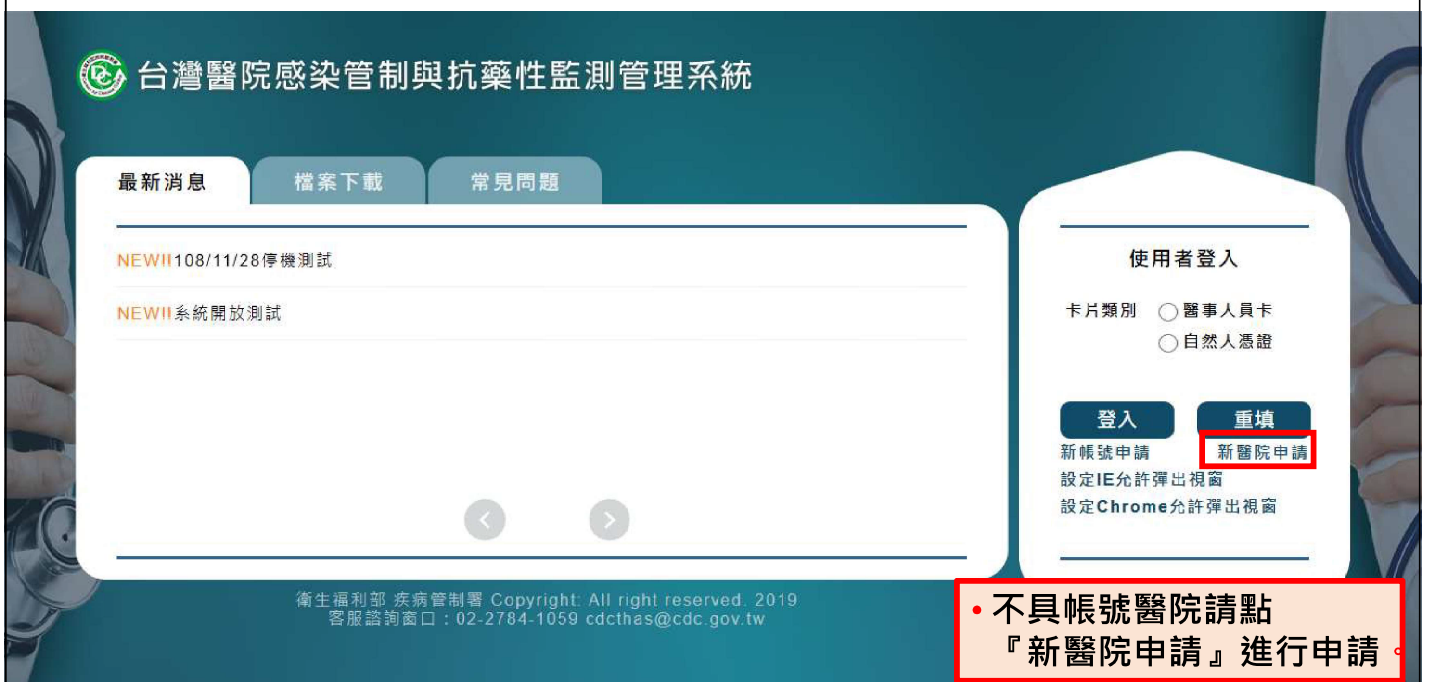
- 系統僅提供使用自然人憑證或醫事人員卡登入
- 登入頁提供資訊：最新消息、檔案下載、常見問題、新帳號申請、新醫院申請



※電腦環境：配備瀏覽器IE11.0以上或GoogleChrome最新更新版本。

5

新醫院申請-1



- 1.此處僅提供在本系統不具有帳號之醫院申請。
- 2.若為原有醫院變更機構代碼或醫院基本資料，請來函通知，並請感控窗口登入系統，自行於「資料維護作業」→「基本資料維護」→「醫院基本資料維護」功能修改。

6

新醫院申請-2

醫院申請單

- 1.此處僅提供在本系統不具有帳號之醫院申請。
- 2.若為原有醫院變更機構代碼或醫院基本資料，請來函通知，並請感控窗口登入系統，自行於「資料維護」->「醫院資料維護」功能修改。

機構代碼※

確定



醫院申請單

- 1.此處僅提供在本系統不具有帳號之醫院申請。
- 2.若為原有醫院變更機構代碼或醫院基本資料，請來函通知，並請感控窗口登入系統，自行於「資料維護」->「醫院資料維護」功能修改。

| | | | |
|---------|-----------|------------|--------------------|
| 醫院代碼※ | 999999999 | 院所層級※ | 區域醫院 ▾ |
| 醫院名稱 | CDC測試醫院 | 申請人E-mail※ | tnistest@gmail.com |
| 院所類別 | 公立醫院 ▾ | 醫院種類※ | 非精神科/慢性醫院 ▾ |
| 醫院體系 | ▾ | 醫院縣市※ | 台北市 ▾ |
| 隸屬區管中心※ | 疾病管制署臺 | 隸屬衛生局※ | 台北市衛生局 ▾ |
| 院所負責人 | 王大明 | 院所地址 | 台北市中正區林森南路6號 |
| 院所電話 | 23959825 | 院所傳真 | 23928611 |

• 請將本頁面資料輸入完成後(紅色※為必填欄位)，點『確定並列印申請單』

確定並列印申請單

7

新醫院申請-3

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統 新設醫院帳號資料申請單

申請日期：109年11月11日

| 醫院資料 | |
|----------|---|
| 醫院名稱 | CDC測試醫院 |
| 醫療機構代碼 | 999999999 |
| 醫院類別 | <input type="checkbox"/> 1.榮民醫院 <input checked="" type="checkbox"/> 7.公立醫院 <input type="checkbox"/> 2.醫學院附設醫院 <input type="checkbox"/> 8.其他法人附設醫院 <input type="checkbox"/> 3.機關(構)附設醫院 <input type="checkbox"/> 9.財團法人醫院 <input type="checkbox"/> 4.公立醫學院附屬醫院 <input type="checkbox"/> 10.縣市立醫院 <input type="checkbox"/> 5.私立醫院 <input type="checkbox"/> 11.宗教財團法人附設醫院 <input type="checkbox"/> 6.軍方醫院 <input type="checkbox"/> 12.衛生福利部所屬醫院 |
| 醫院層級 | <input type="checkbox"/> 1.醫學中心 <input type="checkbox"/> 3.地區醫院 <input checked="" type="checkbox"/> 2.區域醫院 |
| 醫院體系 | |
| 醫院縣市 | 台北市 |
| 隸屬區管中心 | 疾病管制署臺北區管制中心 |
| 隸屬衛生局 | 台北市衛生局 |
| 院所負責人 | 王大明 |
| 院所地址 | 台北市中正區林森南路6號 |
| 院所電話 | 23959825 |
| 院所傳真 | 23928611 |
| 申請人Email | tnistest@gmail.com |

※本申請表為機敏文件，請務必妥善保存處理。

申請人：_____ (簽章) 單位主管：_____ (簽章)

備註：

- 1、請以掃描或照片等方式，將簽核完成的申請單電子檔上傳至系統。
- 2、申請核准將以E-mail通知申請者。
- 3、申請進度查詢請洽轄屬各區管制中心，如有其他疑問，請洽本系統客服(02-2784-1059)。

| 單位 | 連絡電話 |
|---------|-------------------|
| 臺北區管制中心 | 02-8590-5000轉5015 |
| 北區管制中心 | 03-398-2789轉138 |
| 中區管制中心 | 04-2473-9940轉241 |
| 南區管制中心 | 06-269-6211轉226 |
| 高屏區管制中心 | 07-557-0025轉633 |
| 東區管制中心 | 03-822-3106轉222 |

- 請確認申請單內容正確無誤後，進行申請單簽核。
- 請將簽核完成的申請單以掃描或照片等方式建立電子檔，上傳至系統。

申請進度查詢請洽轄屬各區管制中心，如有其他疑問，請優先至「常見問題」查閱問題排除建議，若仍無法排除，再洽本系統客服

8

新醫院申請-4

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

最新消息 檔案下載 常見問題

NEWII108/11/28停機測試

NEWII系統開放測試

使用者登入

卡片類別 醫事人員卡 自然人憑證

登入 重填

新帳號申請 新醫院申請

設定IE允許彈出視窗

設定Chrome允許彈出視窗

衛生福利部 疾病管制署 Copyright: All right reserved. 2019
客服諮詢窗口：02-2784-1059 cdcthas@cdc.gov.tw

• 若需上傳簽核文件或修改申請資料請再次點選『新醫院申請』。

9

新醫院申請-5

醫院申請單

1.此處僅提供在本系統不具有帳號之醫院申請。

2.若為原有醫院變更機構代碼或醫院基本資料，請來函通知，並請感控窗口登入系統，自行於「資料維護」->「醫院資料維護」功能修改。

機構代碼* 999999999

確定

是否要上傳完成紙本簽核之申請單?

是 否

- 輸入機構代碼後，系統會進行判斷，若已有申請紀錄，則提示「是否要上傳完成紙本簽核之申請單？」，
→選『否』則進入資料填寫頁面，可再次修改申請單內容或列印申請單。
→選『是』則進入上傳申請單電子檔頁面。

新醫院申請-6

醫院申請單

1. 此處僅提供在本系統不具有帳號之醫院申請。

2. 若為原有醫院變更機構代碼或醫院基本資料，請來函通知，並請感控窗口登入系統，自行於「資料維護」->「醫院資料維護」功能修改。

1. 請先點選『選擇檔案』(chrome)或『瀏覽』(IE)，選取檔案後，畫面會出現所選取的檔案名稱

申請單上傳※

選擇檔案 新申請醫院簽核單.jpg

申請單上傳檔案格式僅限PDF、TIF、JPG、DOC及DOCX

提交申請單

2. 點選『提交申請單』才算送出申請。

- 紙本申請單用於單位內簽核，將簽核完成的申請單電子檔上傳至系統後，無需另外傳真，醫院帳號審核結果將以E-mail通知申請者。
- 線上填寫申請資料後若未上傳簽核完畢之申請單電子檔，系統將發送E-mail提醒，逾30天仍未上傳者，系統將自動刪除申請資料。

11

新帳號申請-1

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

最新消息

檔案下載

常見問題

NEWII108/11/28停機測試

NEWII系統開放測試

使用者登入

卡片類別 醫事人員卡

自然人憑證

登入

重填

新帳號申請

新醫院申請

設定IE允許彈出視窗

設定Chrome允許彈出視窗

衛生福利部 疾病管制署 Copyright: All right reserved. 2019
客服諮詢窗口：02-2784-1059 cdcthas@cdc.gov.tw

- 若需新增使用者帳號，請點『新帳號申請』。



1. 此處僅提供新帳號之申請。
2. 如需帳號權限異動申請或帳號刪除，請登入系統至：資料維護作業>個人設定>個人資料維護辦理。

12

新帳號申請-2

帳號及權限申請單

此處僅提供新帳號之申請，如需帳號權限異動申請或帳號刪除，請登入系統至個人資料維護。

身分證字號※ A123456789

機構代碼※ 999999166

選取

確定

- 請輸入申請者的身分證字號及機構代碼，點『確定』。

提醒：

- 系統將會依身分證字號進行檢核，若有任職機構異動情形，請務必先刪除原有帳號*，否則無法申請新任職機構使用者帳號。
*個人帳號刪除方式，請參見資料維護作業>個人設定>個人資料維護

系統提示訊息

該身分證字號已有帳號資料，不可申請新帳號!

確定

13

新帳號申請-3

帳號及權限申請單

申請完成後，請列印紙本並審核完成後上傳電子檔，系統將交場區管中心進行審核。

身分證字號 A123456789

申請日期 109/11/10

帳號※

密碼※

帳號密碼僅限行動裝置登入系統時使用

申請人姓名※ 王大明

E-Mail※ cdcctest@cdc.gov.tw

行動電話

機構類別 醫療機構

本次申請原因※ 辦理院內感染管制業務

- 填寫頁面資料(紅色※為必填欄位)。

2. 選取擬申請的功能項目

- 「一般使用者」可依實務所需設定功能項目；
- 「感控窗口」、「查核窗口」及「查核委員」具有權限的功能項目則由系統預設。

申請功能項目※ 醫院一般使用者 醫院感控窗口 醫院查核窗口 醫院查核委員

功能項目清單※

- HAI通報
- HAI資料查詢
- HAI報表
- AUR通報
- AUR資料查詢
- AUR報表
- 虎蟻化圖表
- 查核資料檢視
- 接收AUR-API回傳訊息
- 接收HAI-API回傳訊息
- [HAI-API]包含醫療照護感染個案通報、月維護及手術個案通報
- 感控窗口
- 查核窗口
- 查核委員

提醒：部分功能項目每家機構有名額限制，若有職務異動情形請務必確實變更：

- 醫院：感控窗口每家至多2名；查核窗口每家至多1名。
- 區管中心及衛生局：帳號管理及審核者每家至多2名；查核窗口每家至多1名。

若名額限制項目人數已額滿，請卸除職務者先行申請權限變更，或進行帳號刪除。

【保密切結】

本系統權限申請或異動如經確定，本人願確實遵守「電腦處理個人資料保護法」規定，並保障個案隱私，不做工作職掌以外之用途，對於業務上所知悉、持有之機要資料、程式、檔案及媒體等，絕對保守機密，不得對外宣洩，如有違背，願負法律上責任，離職後亦相同。

我同意以上保密切結

確定並列印申請單

14

新帳號申請-4

帳號及權限申請單

申請完成後，請列印紙本並審核完成後上傳電子檔，系統將交地區管制中心進行審核。

| | | | |
|--------|--|------|-------------|
| 身份證字號 | A123456789 | 申請日期 | 109/11/11 |
| 帳號 | ***** | 密碼 | ***** |
| 申請人姓名 | 王大明 | 機構名稱 | CDC測試醫院 |
| E-Mail | cdcicb@cdc.gov.tw | 機構電話 | 02-23959825 |
| 行動電話 | | 機構傳真 | 02-23959825 |
| 機構類別 | 醫療機構 | | |
| 本次申請原因 | 辦理院內感染管制業務 | | |
| 申請功能項目 | <input checked="" type="checkbox"/> 醫院一般使用者 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院感控窗口 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院審核窗口 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院審核委員 | | |
| 功能項目清單 | <input checked="" type="checkbox"/> HAI通報 <input checked="" type="checkbox"/> HAI資料查詢 <input checked="" type="checkbox"/> HAI報表 <input checked="" type="checkbox"/> AUR通報 <input checked="" type="checkbox"/> AUR資料查詢 <input checked="" type="checkbox"/> AUR報表 <input checked="" type="checkbox"/> 視覺化圖表 <input checked="" type="checkbox"/> 查核資料檢視 <input checked="" type="checkbox"/> 接收AUR-API回傳訊息 <input checked="" type="checkbox"/> 接收HAI-API回傳訊息 [HAI-API包含醫療照護感染個案通報、月維護及手術個案通報] | | |
| | <input type="checkbox"/> 感控窗口 <input type="checkbox"/> 審核窗口 <input type="checkbox"/> 審核委員 | | |

【保密切結】
本系統權限申請或變動如經確定，本人願確實遵守「電腦處理個人資料保護法」規定，並保障個案隱私，不做工作職事以外之用途，對於業務上所知悉、持有之機密資料、程式、檔案及媒體等，絕對保守機密，不得對外宣洩，如有違背，願負法律上責任，離職後亦相同。

我同意以上保密切結

確定並列印申請單

• 若未看到跳出新視窗提示是否下載申請單時，請檢視是否瀏覽器設定擋掉通知訊息。

• 資料輸入完成後，勾選『我同意以上保密切結』，點『確定並列印申請單』。

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統 新帳號申請單

| | | | |
|--------|--|------|-------------|
| 身份證字號 | A123456789 | 申請日期 | 109/11/11 |
| 申請人姓名 | 王大明 | 機構名稱 | CDC測試醫院 |
| E-mail | cdcicb@cdc.gov.tw | 機構電話 | 02-23959825 |
| 行動電話 | | 機構傳真 | 02-23959825 |
| 機構類別 | 醫療機構 | | |
| 申請項目 | 新帳號 | | |
| 申請功能項目 | 醫院一般使用者 | | |
| 功能項目清單 | HAI通報、HAI資料查詢、HAI報表、AUR通報、AUR資料查詢、AUR報表、視覺化圖表、查核資料檢視、接收AUR-API回傳訊息、接收HAI-API回傳訊息[HAI-API包含醫療照護感染個案通報、月維護及手術個案通報] | | |
| 本次申請原因 | 辦理院內感染管制業務 | | |

※本申請表為機敏文件，請務必妥善保存處理。

【保密切結】本系統權限申請或變動如經確定，本人願確實遵守「電腦處理個人資料保護法」規定，並保障個案隱私，不做工作職事以外之用途，對於業務上所知悉、持有之機密資料、程式、檔案及媒體等，絕對保守機密，不得對外宣洩，如有違背，願負法律上責任，離職後亦相同。

我同意以上保密切結

申請人：_____ (簽名及蓋職章) 單位主管：_____ (簽名及蓋職章)

備註：

- 1、請以掃描或照片等方式，將簽核完成的申請單電子檔上傳至系統。
- 2、申請核准將以E-mail通知申請者本人。
- 3、申請進度查詢請洽轄屬各區管制中心，如有其他疑問，請洽本系統客服(02-2784-1059)。

| 單位 | 連絡電話 |
|---------|-------------------|
| 臺北區管制中心 | 02-8590-5000轉5015 |
| 北區管制中心 | 03-398-2789轉138 |
| 中區管制中心 | 04-2473-9940轉241 |
| 南區管制中心 | 06-269-6211轉226 |
| 高屏區管制中心 | 07-557-0025轉633 |
| 東區管制中心 | 03-822-3106轉222 |

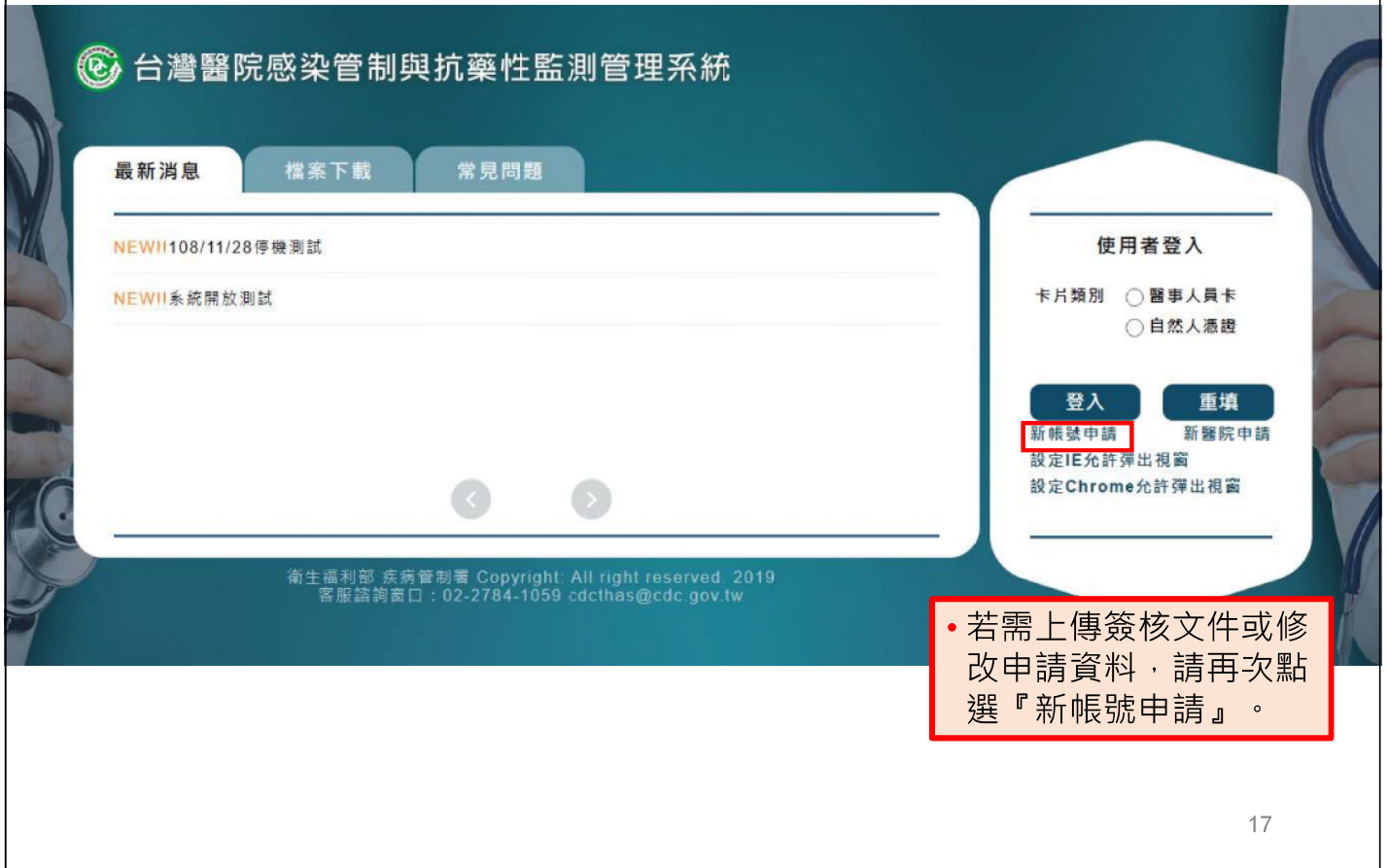
新帳號申請-5

• 請確認申請單內容正確無誤後，進行申請單簽核。

• 請將簽核完成的申請單以掃描或照片等方式建立電子檔，上傳至系統。

申請進度查詢請洽轄屬各區管制中心，如有其他疑問，請優先至「常見問題」查閱問題排除建議，若仍無法排除，再洽本系統客服

新帳號申請-6



台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

最新消息 檔案下載 常見問題

NEWII 108/11/28 停機測試

NEWII 系統開放測試

使用者登入

卡片類別 醫事人員卡 自然人憑證

登入 重填

新帳號申請 新醫院申請

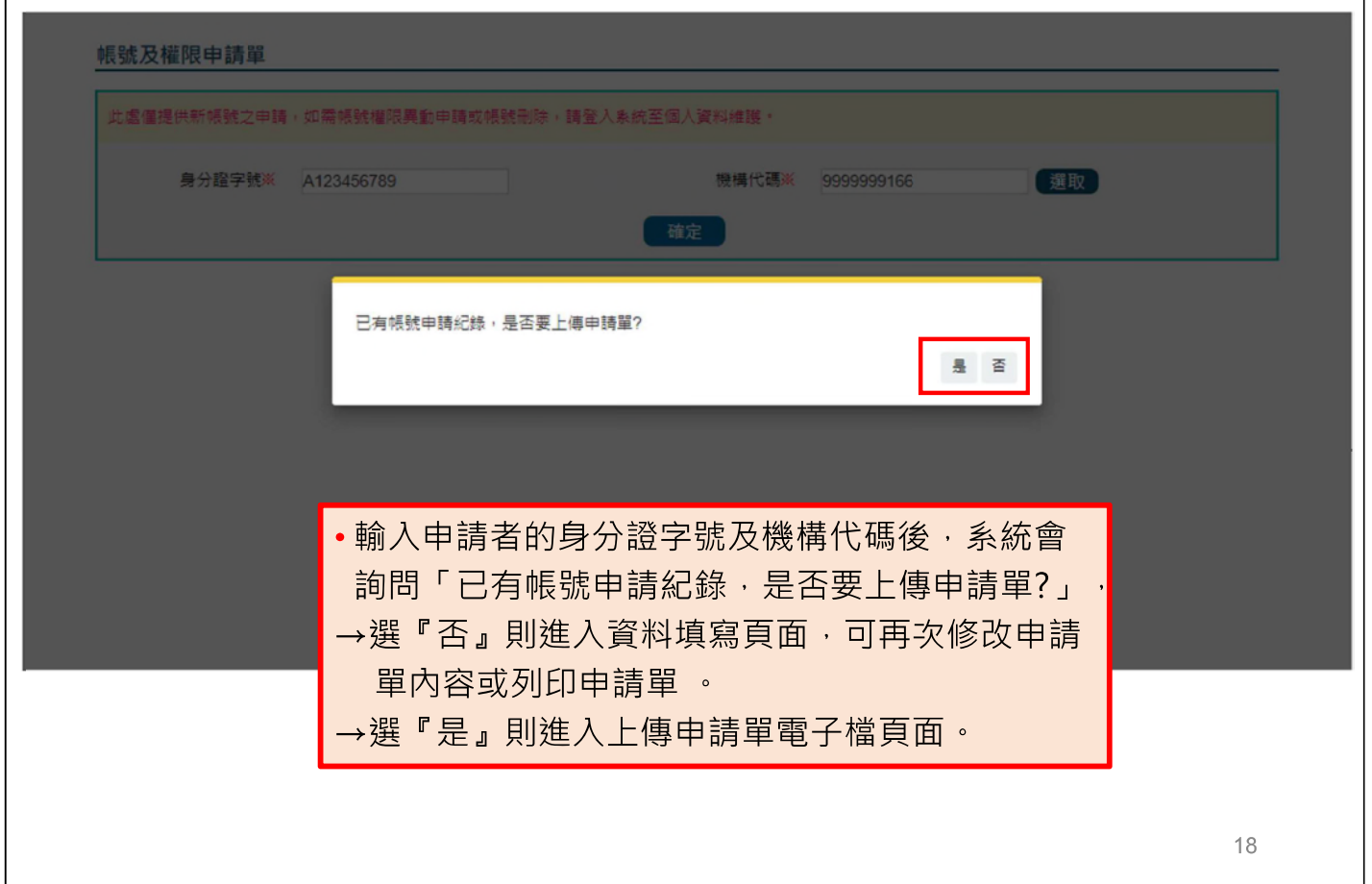
設定IE允許彈出視窗 設定Chrome允許彈出視窗

衛生福利部 疾病管制署 Copyright: All right reserved. 2019
客服諮詢窗口：02-2784-1059 cdcthas@cdc.gov.tw

- 若需上傳簽核文件或修改申請資料，請再次點選『新帳號申請』。

17

新帳號申請-7



帳號及權限申請單

此處僅提供新帳號之申請，如需帳號權限異動申請或帳號刪除，請登入系統至個人資料維護。

身分證字號* A123456789 機構代碼* 9999999166 選取

確定

已有帳號申請紀錄，是否要上傳申請單?

是 否

- 輸入申請者的身分證字號及機構代碼後，系統會詢問「已有帳號申請紀錄，是否要上傳申請單？」，
→選『否』則進入資料填寫頁面，可再次修改申請單內容或列印申請單。
→選『是』則進入上傳申請單電子檔頁面。

18

新帳號申請-8

帳號及權限申請單

請上傳已完成簽核申請單的電子檔。

1. 請先點選『選擇檔案』(chrome)或『瀏覽』(IE)，選取檔案後，畫面會出現所選取的檔案名稱

申請單上傳※ 新申請帳號簽核單.jpg

申請單上傳檔案格式僅限PDF、TIF、JPG、DOC及DOCX

2. 點選『提交申請單』才算送出申請。

- 紙本申請單用於單位內簽核，將簽核完成的申請單電子檔上傳至系統後，無需另外傳真，帳號審核結果將以E-mail通知申請者。
- 線上填寫申請資料後若未上傳簽核完畢之申請單電子檔，系統將發送E-mail提醒，逾30天仍未上傳者，系統將自動刪除申請資料。

19

重點摘要

- 系統登入頁僅限已申請之IP連結
- 登入方式：使用自然人憑證或醫事人員卡登入
- 遇有操作問題，請優先至「常見問題」查閱問題排除建議，找不到再打電話找客服。
- 「**新醫院申請**」僅提供在本系統不具有帳號之醫院申請；若為原有醫院變更機構代碼或醫院基本資料，請來函通知，並請感控窗口登入系統，自行於「醫院基本資料維護」功能修改(p.27-28)。
- 「**新帳號申請**」僅提供系統內不具帳號者申請；若為已具有系統帳號，請登入系統至「個人資料維護」功能進行帳號權限異動申請或帳號刪除(p.29-41)。
- 新醫院申請與新帳號申請均若逾30天仍未上傳簽核完畢之申請單電子檔者，系統將自動刪除申請資料。

20

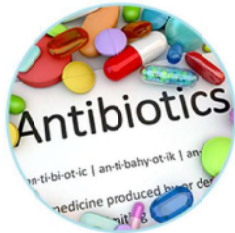
THAS系統功能畫面介紹

- 登入後會依權限先顯示大分類圖示
- 點選大分類圖示進入功能群組

登出



醫療照護
相關感染通報



抗生素抗藥性
管理通報



感染管制查核
作業系統

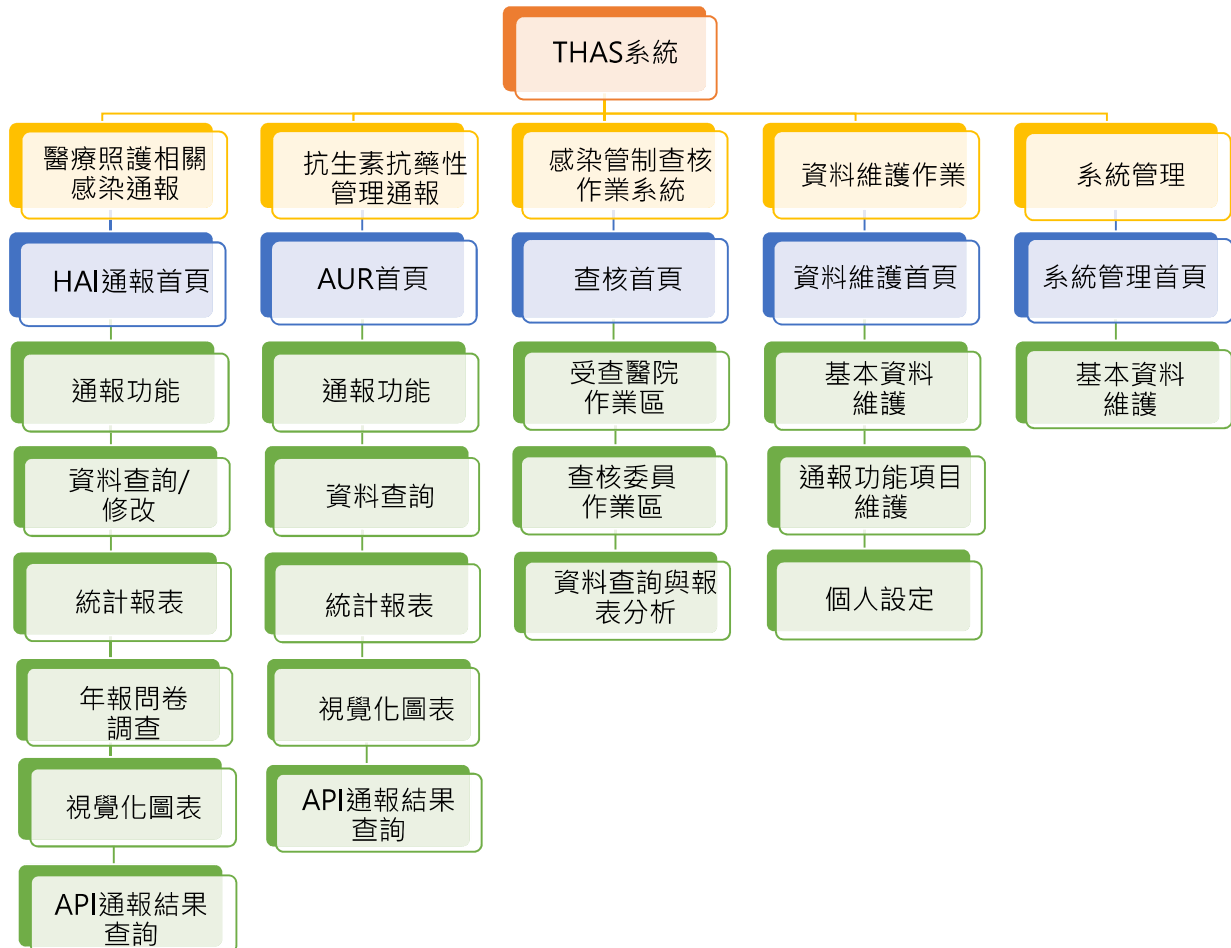


資料維護作業



系統管理

系統功能表-醫院使用者功能



功能頁面導引



醫療照護
相關感染通報



抗生素抗藥性
管理通報



感染管制查核
作業系統

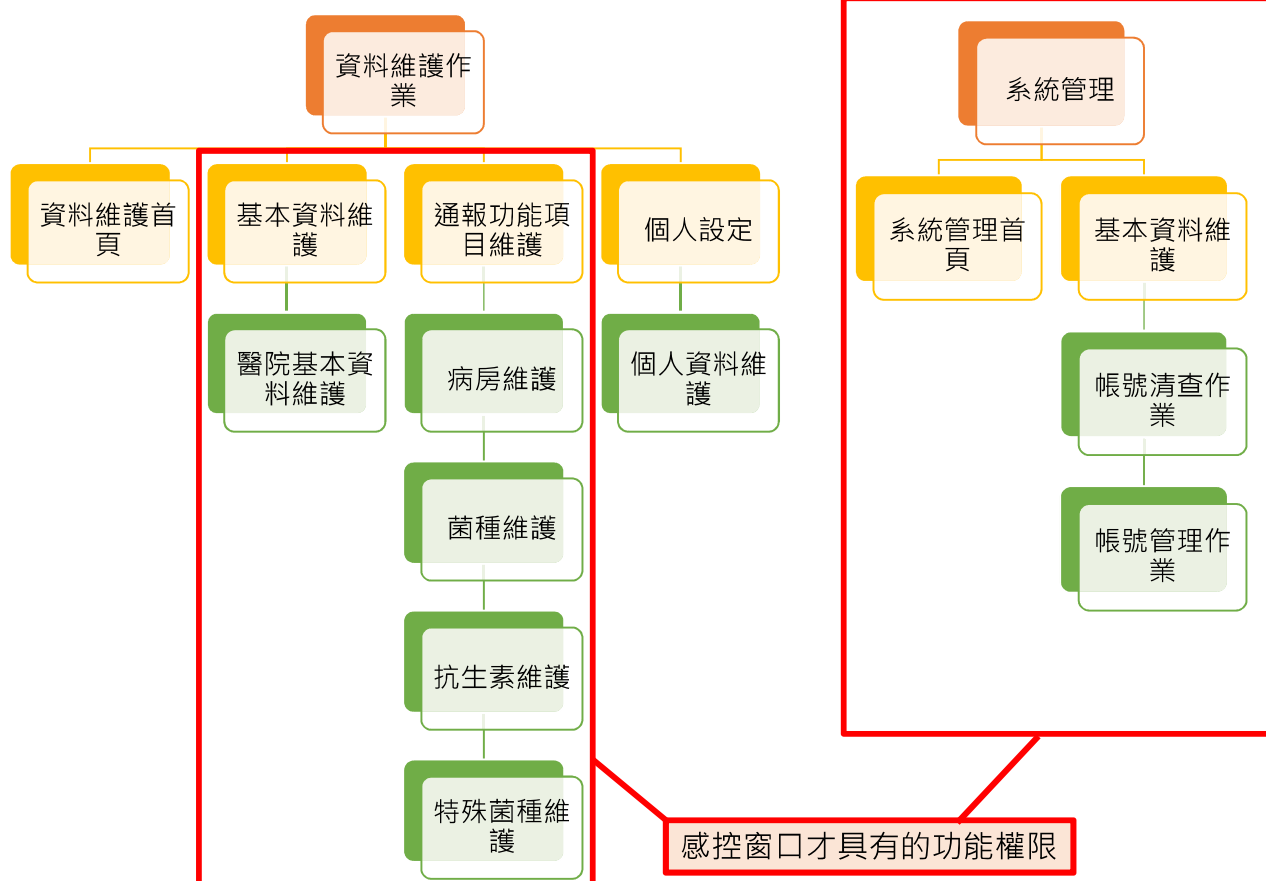


資料維護作業



系統管理

系統功能表-資料維護作業及系統管理



資料維護作業首頁

待辦事項

醫院代碼及醫療層級確認，共1件

- 1、若有通報項目維護(例如病房、菌株及抗生素)等問題，請逕洽貴院感控窗口。
- 2、貴院感控及查核窗口如下：

| 姓名 | 系統權限 |
|-------|------|
| 測試員B | 感控窗口 |
| 醫院測試員 | 感控窗口 |
| 醫院測試員 | 查核窗口 |

點入資料維護首頁，
固定提供貴院感控窗口
及查核窗口名單供參

25

資料維護作業待辦事項

待辦事項說明：

- 為辦理查核作業，疾管署管理者每年會上傳當年度全國醫院名單，此時系統將比對上傳名單與系統醫院維護資料，若發現醫院層級或醫院代碼有不相符之處，將出現提示訊息，請感控窗口確認：
 - 醫院代碼不相符則顯示：貴院於本系統之醫院代碼，經比對與醫事系統不相符，請勾選正確之醫院代碼。
 - 醫院層級不相符則顯示：貴院於本系統之醫院層級，經比對與醫事系統不相符，請勾選正確之醫院層級。

待辦事項

醫院代碼及醫療層級確認，共1件

醫院代碼及醫療層級確認

貴院於本系統之醫院代碼及醫療層級，經比對與醫事系統及醫院評鑑資料不相符，請勾選正確之代碼及層級

| 項目 | 本系統 | 醫事系統/醫院評鑑系統 |
|------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 醫院代碼 | <input type="checkbox"/> 9999999166 | <input type="checkbox"/> 9999999111 |
| 醫療層級 | <input type="checkbox"/> 區域醫院 | <input type="checkbox"/> 醫學中心 |

確定

請勾選正確的資料後，
點『確定』鈕。

26

醫院基本資料維護-1



醫院基本資料維護

| | | | |
|---------|--------------------------|---------|---|
| 醫院代碼※ | 9999999166 | 醫療層級※ | 區域醫院 |
| 醫院名稱※ | CDC測試醫院 | 醫院種類※ | 非精神科/慢性醫院 |
| 院所類別 | 公立醫院 | 醫院縣市※ | 台北市 |
| 醫院體系 | | 轄屬衛生局※ | 台北市衛生局 |
| 轄屬區管中心※ | 疾病管制署臺北區管制中心 | 院所地址 | 台北市中正區林森南路6號 |
| 院所負責人 | 王大明 | 院所傳真 | 02-23959825 |
| 院所電話 | 02-23959825 | API自動上傳 | <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> HAI <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 月維護 |
| AR補助 | <input type="checkbox"/> | | |

[修改](#)

- 可查看醫院基本資料，若需修改請點『修改』。

27

醫院基本資料維護-2

醫院基本資料維護

| | | | |
|---------|--------------------------|---------|---|
| 醫院代碼※ | 9999999166 | 醫療層級※ | 區域醫院 |
| 醫院名稱※ | CDC測試醫院 | 醫院種類※ | 非精神科/慢性醫院 |
| 院所類別 | 公立醫院 | 醫院縣市※ | 台北市 |
| 醫院體系 | | 轄屬衛生局※ | 台北市衛生局 |
| 轄屬區管中心※ | 疾病管制署臺北區管制中心 | 院所地址 | 台北市中正區林森南路6號 |
| 院所負責人 | 王大明 | 院所傳真 | 02-23959825 |
| 院所電話 | 02-23959825 | API自動上傳 | <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> HAI <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 月維護 |
| AR補助 | <input type="checkbox"/> | | |

[儲存](#) [回上頁](#)

- 輸入需修改的資料後點『儲存』，即可完成修改。

28

個人資料維護

修改基本資料

[首頁](#)[資料維護首頁](#)[基本資料維護](#)[通報功能項目維護](#)[個人設定](#)[說明文件](#)[個人資料維護](#)

個人資料維護

| | | | |
|--------|--|-------|-------------|
| 機構名稱 | CDC測試醫院 | 身分證字號 | A123456789 |
| 帳號* | HSPTTEST | 行動電話 | |
| 申請人姓名 | 醫院測試員 | 機構電話 | 02-23959825 |
| E-Mail | tnistest@cdc.gov.tw | 機構傳真 | 02-23959825 |
| 申請項目 | 修改密碼 系統功能權限變更 同體系跨院申請 帳號刪除 | | |

- 可查看個人基本資料，若需修改基本資料，請於修改後點『儲存』。
- 若超過210天未登入，系統將自動刪除帳號。

[儲存](#)

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|-------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |

29

個人資料維護

功能權限變更-1

個人資料維護

| | | | |
|--------|--|-------|-------------|
| 機構名稱 | CDC測試醫院 | 身分證字號 | A123456789 |
| 帳號* | HSPTTEST | 行動電話 | |
| 申請人姓名 | 醫院測試員 | 機構電話 | 02-23959825 |
| E-Mail | tnistest@cdc.gov.tw | 機構傳真 | 02-23959825 |
| 申請項目 | 修改密碼 系統功能權限變更 同體系跨院申請 帳號刪除 | | |

- 若需申請權限變更(如：增加權限、變更感控窗口、變更查核窗口等)，請點『系統功能權限變更』。

[儲存](#)

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|-------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |

提醒：部分功能項目每家機構有名額限制，若有職務異動情形請務必確實變更：

- 醫院：感控窗口每家至多2名；查核窗口每家至多1名。
 - 區管中心及衛生局：帳號管理及審核者每家至多2名；查核窗口每家至多1名。
- 若名額限制項目人數已額滿，請卸除職務者先行申請權限變更，或進行帳號刪除。

30

個人資料維護

功能權限變更-2

個人資料維護

機構名稱 CDC測試醫院

帳號* HSPTEST

申請人姓名 醫院測試員

E-Mail tnistest@cdc.gov.tw

機構電話 02-23959825

身分證字號 A123456789

行動電話

機構傳真 02-23959825

申請項目 **修改密碼** 系統功能權限變更 同體系跨院申請 帳號刪除

本次申請原因 增加AUR相關功能

申請功能項目* 醫院一般使用者 醫院感控窗口 醫院查核窗口 醫院查核委員

功能項目清單* HAI通報 HAI資料查詢 HAI報表 AUR通報 AUR資料查詢 AUR報表 視覺化圖表 查核資料檢視 接收AUR-API回傳訊息 接收HAI-API回傳訊息

[HAI-API包含醫療照護感染個案通報、日維護及手術個案通報]

確定並列印申請單 回上頁

• 若需增加或移除權限，請勾選完擬增減的功能項目後，點『確定並列印申請單』。

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|-------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |

個人資料維護

功能權限變更-3

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統
功能權限變更申請單

| | | | |
|--------|--|------|-------------|
| 身份證字號 | HSPTEST | 申請日期 | 109/11/11 |
| 申請人姓名 | CDC測試醫院使用者 | 機構名稱 | CDC測試醫院 |
| E-mail | tnistest@gmail.com | 機構電話 | 02-23959825 |
| 行動電話 | 0912345678 | 機構傳真 | 02-23959825 |
| 機構類別 | 醫療機構 | | |
| 申請項目 | 功能權限變更 | | |
| 申請功能項目 | 醫院一般使用者 | | |
| 功能項目清單 | HAI通報、HAI資料查詢、HAI報表、AUR通報、AUR資料查詢、AUR報表、視覺化圖表、查核資料檢視 | | |
| 本次申請原因 | 增加AUR相關功能 | | |

※本申請表為機敏文件，請務必妥善保存處理。

【保密切結】本系統權限申請或變動如經確定，本人願確實遵守「電腦處理個人資料保護法」規定，並保障個案隱私，不做工作職掌以外之用途，對於業務上所知悉、持有之機密資料、程式、檔案及媒體等，絕對保守機密，不得對外洩洩，如有違背，願負法律上責任，離職後亦相同。

●我同意以上保密切結

申請人：_____ (簽名及蓋職章) 單位主管：_____ (簽名及蓋職章)

備註：
1、請以掃描或照片等方式，將簽核完成的申請單電子檔上傳至系統。
2、申請核准將以E-mail通知申請者本人。
3、申請進度查詢請洽轄屬各區管制中心，如有其他疑問，請洽本系統客服(02-2784-1059)。

| 單位 | 連絡電話 |
|---------|-------------------|
| 臺北區管制中心 | 02-8590-5000轉5015 |
| 北區管制中心 | 03-398-2789轉138 |
| 中區管制中心 | 04-2473-9940轉241 |
| 南區管制中心 | 06-269-6211轉226 |
| 高屏區管制中心 | 07-557-0025轉633 |
| 東區管制中心 | 03-822-3106轉222 |
| 疾病管制署 | 02-2395-9825轉3890 |

• 請確認申請單內容正確無誤後，進行申請單簽核。
• 請將簽核完成的申請單以掃描或照片等方式建立電子檔，上傳至系統。

申請進度查詢請洽轄屬各區管制中心，如有其他疑問，請優先至「常見問題」查閱問題排除建議，若仍無法排除，再洽本系統客服

個人資料維護

功能權限變更-4

個人資料維護

| | | | |
|--------|---------------------|-------|--|
| 機構名稱 | CDC測試醫院 | 身分證字號 | A123456789 |
| 帳號* | HSPTEST | 行動電話 | |
| 申請人姓名 | 醫院測試員 | 機構傳真 | 02-23959825 |
| E-Mail | tnistest@cdc.gov.tw | 申請項目 | 修改密碼 系統功能權限變更 同體系跨院申請 帳號刪除 |
| 機構電話 | 02-23959825 | | |
| | | | 儲存 |

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|-------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |
| 編 | 108/11/05 | | 權限異動 | 填寫中 | |

- 若需上傳簽核文件或修改申請資料，請於帳號歷程中找到該筆申請紀錄後點『編』。

33

個人資料維護

功能權限變更-5

個人資料維護

| | | | |
|--------|---------------------|-------|----------------------|
| 機構名稱 | CDC測試醫院 | 身分證字號 | A123456789 |
| 帳號* | HSPTEST | 行動電話 | |
| 申請人姓名 | 醫院測試員 | 機構傳真 | 02-23959825 |
| E-Mail | tnistest@cdc.gov.tw | 申請項目 | 修改密碼 |
| 機構電話 | 02-23959825 | | |

是否要上傳完成紙本簽核之申請單?

[是](#) [否](#)

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|-------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |
| 編 | 108/11/05 | | 權限異動 | 填寫中 | |

- 點『編』後系統會詢問「是否要上傳完成紙本簽核之申請單?」，
→選『是』則進入上傳紙本簽核頁面
→選『否』則進入資料修改頁面。

34

個人資料維護

功能權限變更-6

個人資料維護

機構名稱 CDC測試醫院

帳號* HSPTEST

申請人姓名 醫院測試員

E-Mail tnistest@cdc.gov.tw

機構電話 02-23959825

申請項目 **修改密碼** 系統功能權限變更 同體系跨院申請 帳號刪除

身分證字號 A123456789

行動電話

機構傳真 02-23959825

本次申請原因 增加AUR通報及移除感控窗口權限

申請功能項目* 醫院一般使用者 醫院感控窗口 醫院查核窗口 醫院查核委員

功能項目清單* HAI通報
 HAI資料查詢
 HAI報表
 AUR通報
 AUR資料查詢
 AUR報表
 視覺化圖表
 查核資料檢視
 接收AUR-API回傳訊息
 接收HAI-API回傳訊息

[HAI-API包含醫療照護感染個案通報、月維護及手術個案通報]

申請單上傳* **選擇檔案** 未選擇任何檔案

申請單上傳檔案格式僅限PDF、TIF、JPG、DOC及DOCX

提交申請單 回上頁

- 請先點選申請單上傳的『選擇檔案』或『瀏覽』選擇檔案後，點選『提交申請單』才算送出申請，申請核准後將以E-mail通知申請者本人。

35

個人資料維護

同體系跨院申請-1

個人資料維護

機構名稱 CDC測試醫院

帳號* HSPTEST

申請人姓名 醫院測試員

E-Mail tnistest@cdc.gov.tw

機構電話 02-23959825

申請項目 **修改密碼** 系統功能權限變更 **同體系跨院申請** 帳號刪除

身分證字號 A123456789

行動電話

機構傳真 02-23959825

儲存

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|-------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 權限異動 | 審核同意 | |

- 若需申請同體系其他醫院之使用者帳號，請點『同體系跨院申請』。

36

個人資料維護

同體系跨院申請-2

個人資料維護

機構名稱 CDC測試醫院
 帳號* HSPTEST
 申請人姓名 醫院測試員
 EMail tnistest@gmail.com
 機構電話 2222-2222
 申請項目 **修改密碼** 系統功能權限變更 同體系跨院申請 帳號刪除
 本次申請原因 申請同體系跨院

身分證字號 HSPTEST
 行動電話
 機構傳真 2222-1111

同體系跨院* 醫院

申請功能項目* 醫院一般使用者 醫院感控窗口 醫院查核窗口 醫院查核委員

功能項目清單* HAI通報
 HAI資料查詢
 HAI報表
 AUR通報
 AUR資料查詢
 AUR報表
 視覺化圖表
 查核資料檢視
 接收AUR-API回傳訊息
 接收HAI-API回傳訊息
 [HAI-API包含醫療照護感染個案通報、月維護及手術個案通報]

確定並列印申請單 **回上頁**

• 請選擇需跨院的醫院及勾選在該院所需的功能項目後，點『確定並列印申請單』。

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|----------|-----------|---------|------|-------|------|
| | 108/11/27 | | 帳號清查 | 未審核 | |
| 詳 | 108/10/30 | | 權限異動 | 審核不同意 | |

37

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統 同體系跨院帳號申請單

| | | | |
|--------|---------------------|------|--------------------------|
| 身分證字號 | 00377_001 | 申請日期 | 109/11/12 |
| 申請人姓名 | 00377測試員 | 機構名稱 | <input type="radio"/> 醫院 |
| E-mail | tnistest@gmail.com | 機構電話 | 22222222 |
| 行動電話 | 0900112222 | 機構傳真 | 22222222 |
| 機構類別 | 醫療機構 | | |
| 申請項目 | 同體系跨院帳號 | | |
| 申請功能項目 | 醫院一般使用者 | | |
| 功能項目清單 | HAI通報、HAI資料查詢、HAI報表 | | |
| 本次申請原因 | 申請跨院權限 | | |

※本申請表為機敏文件，請務必妥善保存處理。

【保密切結】本系統權限申請或變動如經確定，本人願確實遵守「電腦處理個人資料保護法」規定，並保障個案隱私，不做工作職掌以外之用途，對於業務上所知悉、持有之機密資料、程式、檔案及媒體等，絕對保守機密，不得對外宣洩，如有違背，願負法律上責任，離職後亦相同。

●我同意以上保密切結

申請人：_____ (簽名及蓋職章) 單位主管：_____ (簽名及蓋職章)

跨院單位主管：_____ (簽名及蓋職章)

備註：

- 請以掃描或照片等方式，將簽核完成的申請單電子檔上傳至系統。
- 申請核准將以E-mail通知申請者本人。

| 單位 | 連絡電話 |
|---------|-------------------|
| 臺北區管制中心 | 02-8590-5000轉5015 |
| 北區管制中心 | 03-398-2789轉138 |
| 中區管制中心 | 04-247-9940轉241 |
| 南區管制中心 | 06-269-6211轉226 |
| 高屏區管制中心 | 07-557-0025轉633 |

個人資料維護

同體系跨院申請-3

- 請確認申請單內容正確無誤後，進行申請單簽核，申請單須由**任職醫院及跨院之單位主管核章**後上傳電子檔。
- 若需上傳簽核文件或修改申請資料請於帳號歷程中找到該筆申請紀錄後點『編』；相關操作方式請參見「功能權限變更」。

申請進度查詢請洽轄屬各區管制中心，如有其他疑問，請優先至「常見問題」查閱問題排除建議，若仍無法排除，再洽本系統客服

38

個人資料維護

刪除帳號-1

個人資料維護

| | | | |
|--------|---------------------|-------|--|
| 機構名稱 | CDC測試醫院 | 身分證字號 | A123456789 |
| 帳號* | HSPTEST | 行動電話 | |
| 申請人姓名 | 醫院測試員 | 機構傳真 | 02-23959825 |
| E-Mail | tnistest@cdc.gov.tw | 申請項目 | <input type="button" value="修改密碼"/> <input type="button" value="系統功能權限變更"/> <input type="button" value="同體系跨院申請"/> <input type="button" value="帳號刪除"/> |
| 機構電話 | 02-23959825 | 儲存 | |

- 若需申請帳號刪除，請點『帳號刪除』。

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|----------------------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| <input type="button" value="詳"/> | 108/11/05 | 108/11/05 | 跨院申請 | 未審核 | |
| <input type="button" value="詳"/> | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |
| <input type="button" value="詳"/> | 108/11/05 | 108/11/05 | 權限異動 | 審核同意 | |

39

個人資料維護

刪除帳號-2

個人資料維護

| | | | |
|--------|---------------------|-------|--|
| 機構名稱 | CDC測試醫院 | 身分證字號 | A123456789 |
| 帳號* | HSPTEST | 行動電話 | |
| 申請人姓名 | 醫院測試員 | 機構傳真 | 02-23959825 |
| E-Mail | tnistest@cdc.gov.tw | 申請項目 | <input type="button" value="修改密碼"/> <input type="button" value="系統功能權限變更"/> <input type="button" value="同體系跨院申請"/> <input type="button" value="帳號刪除"/> |
| 機構電話 | 02-23959825 | 儲存 | |

192.168.173.25 需要某些資訊

指令碼提示:
請輸入刪除原因

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|----------------------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| <input type="button" value="詳"/> | 108/11/05 | 108/11/05 | 跨院申請 | 未審核 | |
| <input type="button" value="詳"/> | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |
| <input type="button" value="詳"/> | 108/11/05 | 108/11/05 | 權限異動 | 審核同意 | |

- 輸入刪除原因後點『確定』。

40

個人資料維護

刪除帳號-3

個人資料維護

機構名稱 CDC測試醫院

帳號* HSPTTEST

申請人姓名 醫院測試員 身分證字號 A123456789

EMail tnistest@cdc.gov.tw 電話

機構電話 02-23959825 傳真 02-23959825

申請項目 [修改密碼](#) [系統功能權限](#) 不要請此網頁建立更多訊息 [確定](#) [取消](#)

儲存

成真訊息
帳號刪除後將無法使用THAS系統，請問是否確定要刪除??

帳號歷程

| | 申請日期 | 申請單上傳日期 | 申請項目 | 審核狀態 | 審核說明 |
|-------------------|-----------|-----------|----------|------|------|
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 跨院申請 | 未審核 | |
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 新帳號(含權限) | 審核同意 | |
| 詳 | 108/11/05 | 108/11/05 | 權限異動 | 審核同意 | |

- 系統會跳出警語「帳號刪除後將無法使用THAS系統，請問是否確定要刪除??」，若點『確定』則會將帳號刪除。

41

功能頁面導引



台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

前次登入時間：108/10/17 10:00:05

Hi, 醫院測試員 你好!!

[登出](#)



醫療照護
相關感染通報



抗生素抗藥性
管理通報



感染管制查核
作業系統



資料維護作業



系統管理

42

系統管理待辦事項

■ 待辦事項：

- 系統自動於每年(2月1日、5月1日、8月1日及11月1日) Email通知感控窗口執行帳號清查作業，並同時顯示於待辦事項區。

待辦事項

108/11-機構內帳號清查作業

帳號清查作業

機構名稱 9999999166 CDC測試醫院

清查年月 108 年 11 月

匯出格式 XLS ODS

查詢

匯出

| | 清查年月 | 使用者姓名 | 同體系跨院 | 最後登入時間 | 帳號狀態 | 清查狀態 | 清查日期 |
|--|--------|-------|-------|--------------------|----------------|------|------|
| | 108/11 | 測試員C | | 108/10/01 00:00:00 | 距離前次展延，已過238天， | 未清查 | |
| | 108/11 | 測試員B | | 108/10/01 00:00:00 | 距離前次展延，已過238天， | 未清查 | |
| | 108/11 | 醫院測試員 | | 108/11/04 11:43:17 | 距離前次展延，已過238天， | 未清查 | |
| | 108/11 | 醫院測試A | 是 | 108/11/04 11:45:15 | | 未清查 | |

帳號清查作業確認完成

- 檢視院內帳號的名單，若有離職或職務輪調不需再使用系統的人員，請點『刪』，將其帳號刪除，名單確認完後，點『帳號清查作業確認完成』才算完成清查。

43

帳號清查作業

🏠 首頁

系統管理首頁

基本資料維護

📄 說明文件

帳號清查作業

帳號管理作業

- 除了從「待辦事項」連結點入帳號清查作業的頁面外，也可以經由以下路徑：
系統管理 > 基本資料維護 > 帳號清查作業

帳號清查作業

機構名稱 9999999166 CDC測試醫院

清查年月 108 年 11 月

匯出格式 XLS ODS

查詢

匯出

| | 清查年月 | 使用者姓名 | 同體系跨院 | 最後登入時間 | 帳號狀態 | 清查狀態 | 清查日期 |
|--|--------|-------|-------|--------------------|----------------|------|------|
| | 108/11 | 測試員C | | 108/10/01 00:00:00 | 距離前次展延，已過238天， | 未清查 | |
| | 108/11 | 測試員B | | 108/10/01 00:00:00 | 距離前次展延，已過238天， | 未清查 | |
| | 108/11 | 醫院測試員 | | 108/11/04 11:43:17 | 距離前次展延，已過238天， | 未清查 | |
| | 108/11 | 醫院測試A | 是 | 108/11/04 11:45:15 | | 未清查 | |

帳號清查作業確認完成

44

帳號管理作業

🏠 首頁

系統管理首頁

基本資料維護

📄 說明文件

帳號清查作業

帳號管理作業

- 平時也可經由以下路徑，檢視醫院各使用者帳號及其功能權限，以及刪除不需再使用系統人員的帳號：
系統管理 > 基本資料維護 > 帳號管理作業

帳號管理作業

機構 9999999166 CDC測試醫院

機構別 醫院 衛生局 疾管署

姓名

查詢

重設

【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 4 筆】

| | | 機構名稱 | 同體系跨院 | 姓名 | 使用者 | 感控窗口 | 查核窗口 | 查核委員 | 最後登入時間 |
|---|---|---------|-------|-------|-----|------|------|------|--------------------|
| 詳 | 刪 | CDC測試醫院 | | 測試員C | | | | | 108/10/01 00:00:00 |
| 詳 | 刪 | CDC測試醫院 | | 測試員B | V | V | | | 108/10/01 00:00:00 |
| 詳 | 刪 | CDC測試醫院 | | 醫院測試員 | V | V | V | | 108/11/04 12:08:59 |
| 詳 | 刪 | CDC測試醫院 | 是 | 醫院測試A | V | | | | 108/11/04 11:45:15 |

45

常見問題

帳號與權限-1

Q：已申請帳號很多天了，仍無法登入系統

- A：1.請確認您有將帳號申請單上傳至系統，待轄區疾管署區管制中心審核。
- 2.CDC核准帳號作業時間為3個工作天。
- 3.一旦帳號核准後，系統將會發送核准通知信件至您的郵件信箱。
(請避免使用yahoo或pchome信箱，以免收不到信件)

Q：登入時系統跳出帳號已被刪除，該如何處理？

- A：帳號逾期未登入超過210天，系統會自動刪除帳號，請重新申請。

47

帳號與權限-2

Q：醫院感控窗口變更，要如何辦理？

- A：1.請至「資料維護作業」/「個人設定」/「個人資料維護」功能，點選「系統功能權限變更」鈕，並將簽核後之申請單上傳系統申請開通。
- 2.若感控窗口已達上限2人，須先請原感控窗口變更權限後，再進行權限變更申請。

Q：使用者如何申請跨醫院操作？

- A：1.請至「資料維護作業」/「個人設定」/「個人資料維護」功能，按下「同體系跨醫院申請」鈕。
- 2.請填入申請原因並選擇申請跨院的醫院及功能，然後按「確定後並列印申請單」，將簽核後之申請單上傳系統申請開通權限。

48

帳號與權限-3

Q：新帳號申請或權限變更點列印申請單無反應該怎麼辦？

A：新帳號申請或權限變更點列印申請單無反應，應為被快顯封鎖視窗阻擋，請至系統首頁常見問題區，參照常見問題附檔依使用的瀏覽器設定。

Q：新帳號申請或權限變更要如何重印申請單？

A：1. **新帳號申請**：再次點選「新帳號申請」，並輸入身份證字號及機構代碼後，系統會詢問是否要上傳申請單，點「否」可進入修改頁面重新列印申請單，點「是」即可上傳申請單。

2. **權限變更**：再次進入「資料維護作業」/「個人設定」/「個人資料維護」功能，於「帳號歷程」中找到本次申請項目後點「編」，系統會詢問是否要上傳申請單，點「否」可進入修改頁面重新列印申請單，點「是」即可上傳申請單。

49

功能頁面導引



台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

前次登入時間：108/10/17 10:00:05

Hi, 醫院測試員 你好!!

登出



醫療照護
相關感染通報



抗生素抗藥性
管理通報



感染管制查核
作業系統



資料維護作業



系統管理

50

通報功能項目維護

病房維護-1

路徑：資料維護作業>通報功能項目維護>病房維護



「通報功能項目維護」項下的各項功能僅
感控窗口可以操作

51

病房維護-2

病房維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

匯出格式 XLS ODS

查詢 匯出

新增病房

可下載貴院全部病房明細資料

新增

編修病房的關閉日期、類型、科別、細分科、病床數等資料

| 病房代碼 | 病房說明 | 科別名稱 | 病床數 | 病房種類 | 開啟日期 | 關閉日期 | 關閉 | |
|------|----------|-------------|------|-------|-----------|-----------|-----------|----|
| 111 | 111 | 不分科 | 15 | RCW | 107/11/01 | 999/12/31 | | |
| 12F | 12F | 不分科 | | | | | | |
| 2F | 2F | 不分科 | | | | | | |
| 1 | 病房代碼 | 病房說明 | 科別名稱 | 病床數 | 病房種類 | 開啟日期 | 關閉日期 | 狀態 |
| 2 | 111 | 不分科 | 15 | RCW | 107/11/01 | 999/12/31 | 開啟 | |
| 3 | 12F | 不分科 | 11 | RCC病房 | 104/01/01 | 999/12/31 | 開啟 | |
| 4 | 2F | 不分科 | 2 | 加護病房 | 107/11/01 | 999/12/31 | 開啟 | |
| 5 | 3F | 3FRCW | 內科 | RCW | 107/11/19 | 999/12/31 | 開啟 | |
| 6 | 5F | 內科 | 26 | 一般病房 | 107/01/01 | 107/11/18 | 關閉 | |
| 7 | 6F | 不分科 | 28 | 一般病房 | 107/11/01 | 107/11/18 | 關閉 | |
| 8 | 7F | 7F風免 | 36 | 一般病房 | 107/11/19 | 999/12/31 | 開啟 | |
| 9 | 8A | 內科病房 | 48 | 一般病房 | 108/01/01 | 999/12/12 | 開啟 | |
| 10 | 9F | 內科ICU | 45 | 加護病房 | 107/11/19 | 999/12/31 | 開啟 | |
| 11 | A01 | TEST(A01) | 不分科 | 11 | 加護病房 | 101/01/01 | 999/12/31 | 開啟 |
| 12 | A02 | test(A02) | 婦產科 | 1 | 一般病房 | 100/01/01 | 107/11/18 | 關閉 |
| 13 | AA | 不分科 | 8 | 一般病房 | 107/11/08 | 107/11/18 | 關閉 | |
| 14 | B123 | 不分科 | 20 | 加護病房 | 107/01/01 | 107/11/18 | 關閉 | |
| 15 | DR | BSI | 婦產科 | 20 | 一般病房 | 107/11/01 | 107/11/18 | 關閉 |
| 16 | ICU | ICU100 | 不分科 | 10 | 加護病房 | 100/11/02 | 999/12/28 | 開啟 |
| 17 | ICU TEST | 外科 | 5 | 加護病房 | 108/10/01 | 999/12/31 | 開啟 | |
| 18 | ICU01 | 1081007test | 不分科 | 10 | 加護病房 | 108/10/09 | 999/12/31 | 開啟 |
| 19 | RCC | 不分科 | 10 | RCC病房 | 100/01/01 | 109/11/18 | 開啟 | |
| 20 | RCW | RCW病房 | 內科 | 30 | 慢性病房 | 102/01/01 | 107/11/18 | 關閉 |
| 21 | TEST | 外科 | 2 | 加護病房 | 108/08/23 | 999/12/31 | 開啟 | |
| 22 | test02 | 不分科 | 0 | 一般病房 | 107/10/01 | 107/11/18 | 關閉 | |
| 23 | test2 | 小兒科 | 20 | 一般病房 | 107/11/01 | 107/11/18 | 關閉 | |
| 24 | | | | | | | | |

52

病房維護-3 新增病房

病房維護

病房代碼※ TEST01

病房說明

開啟日期※ 108/10/01

關閉日期※ 108/10/31

病房種類※ 加護病房 一般病房 RCC病房 RCW 慢性病房

科別代碼※ 內科

細分科

病床數 10

儲存 回上頁

請注意，資料儲存後「病房代碼」將無法再做變更。

請將資料輸入完成後(紅色※為必填欄位)，按下『儲存』鍵。

- 按下『儲存』之後，病房代碼將無法再做變更，其餘欄位可透過『編』進入修改。
- 請注意確保病房維護資料正確性，適時更新。
 - ✓ 以自動上傳或批次上傳方式通報HAI或AR相關資料時，若通報資料含有病房維護中之不存在的病房代碼，將無法成功上傳。
 - ✓ 進行HAI模組各項資料新增通報時(包括感染個案、月維護資料)，該筆通報資料的病房種類、科別將由系統依病房維護資料內容自動帶入，且在修改通報資料時也不會更動。
- 病房如因整修等因素暫時關閉時，無須至系統更動關閉日期，通報資料請報「0」；若該病房已不再使用，才需維護關閉日期，避免影響相關報表計算。

53

通報功能項目維護

菌種維護-1

路徑：資料維護作業 > 通報功能項目維護 > 菌種維護



- 使用時機：進行HAI或AR個案通報，找不到想要通報的菌種時，請至「菌種維護」功能查詢，視需要進行維護
- 「通報功能項目維護」項下的各項功能僅感控窗口可以操作

54

菌種維護-2

菌種維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

菌種名稱 顯示已隱藏註記項目

菌種代碼

匯出格式 XLS ODS

- 先查詢想要通報之菌株是否已在貴院建立之菌種清單內
- 建議勾選「顯示已隱藏註記項目」

新增 儲存 [1] 2 3 4 5 6 7 8 9 10 > >> 【每頁 10 筆，第 1 頁 共 14 頁 137 筆】

| 菌種代碼 | 菌種名稱 | 菌種別名 | 屬名 | HAI | AR |
|---------|---|------|----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| FP00151 | Abiotrophia spp. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00249 | Achromobacter (Vd) | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00250 | Achromobacter spp. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP01354 | Acidovorax temperans | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00002 | Acinetobacter baumannii | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00254 | Acinetobacter calcoaceticus | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP01130 | Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii complex | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00257 | Actinobacillus capsulatus | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00261 | Actinobacillus spp. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP01254 | Actinobaculum urinale | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

• 表列項目為貴院已建立之菌種清單

若菌種已在清單中，但『HAI』和『AR』都沒有勾選，則查詢條件必須勾選「顯示已隱藏註記項目」才查得到

55

查詢狀況1-菌種已存在貴院的清單，不需新增

菌種維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

菌種名稱 顯示已隱藏註記項目

菌種代碼 FP00002

匯出格式 XLS ODS

新增 儲存 [1] 【每頁 10 筆，第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| 菌種代碼 | 菌種名稱 | 菌種別名 | 屬名 | HAI | AR |
|---------|-------------------------|------|----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| FP00002 | Acinetobacter baumannii | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

※如果細菌換名字了，用舊名字也可以在清單中查詢得到：

菌種代碼

菌種代碼 菌種名稱 Enterobacter aerogenes

新增 [1] 【每頁 20 筆，第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| 菌種代碼 | 菌種名稱 | 菌種別名 | 屬名 | AR菌種歸屬 | 狀態 | 停用/啟用 |
|---------|----------------------|---|------------|-----------------|----|--------------------------------------|
| FP00014 | Klebsiella aerogenes | Enterobacter aerogenes ; Aerobacter aerogenes | Klebsiella | Klebsiella spp. | 啟用 | <input type="button" value="停用/啟用"/> |



以菌種代碼FP00092查詢
以菌種別名 *Sphaerophorus necrophorus* 查詢

56

查詢狀況2-菌種已存在貴院的清單， 但僅設定於單一通報模組使用

菌種維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

菌種名稱 顯示已隱藏註記項目

菌種代碼 FP00002

匯出格式 XLS ODS

【每頁 10 筆，第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| 菌種代碼 | 菌種名稱 | 菌種別名 | 學名 | HAI | AR |
|---------|-------------------------|------|----|-------------------------------------|--------------------------|
| FP00002 | Acinetobacter baumannii | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- 原設定僅使用於HAI通報
- 將AUR選項勾選
- 按儲存即可於AUR通報該菌

菌種維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

菌種名稱 顯示已隱藏註記項目

菌種代碼 FP00002

匯出格式 XLS ODS

【每頁 10 筆，第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| 菌種代碼 | 菌種名稱 | 菌種別名 | 學名 | HAI | AR |
|---------|-------------------------|------|----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| FP00002 | Acinetobacter baumannii | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

57

查詢狀況3-菌種不存在貴院的清單， 需進行新增

菌種維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

菌種名稱 顯示已隱藏註記項目

菌種代碼 FP01219

匯出格式 XLS ODS

【每頁 10 筆，第 1 頁 共 0 頁 0 筆】

無符合資料

- 查詢清單中沒有*A. guillouiae* (FP01219)
要新增到菌種清單

58

菌種維護-4

1. 輸入擬新增的菌株名稱或
菌株代碼

菌種維護

菌種名稱

菌種代碼 FP01219

重設

查詢

回上頁

儲存

全選

全不選

| 菌種/別名 | 菌種/別名 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abiotrophia defectiva | <input checked="" type="checkbox"/> Abiotrophia spp. |
| <input type="checkbox"/> Absidia spp. | <input type="checkbox"/> Acanthamoeba |
| <input type="checkbox"/> Acetobacter spp. | <input checked="" type="checkbox"/> Achromobacter (Vd) |
| <input type="checkbox"/> Achromobacter denitrificans | <input type="checkbox"/> Achromobacter piechaudii |
| <input checked="" type="checkbox"/> Achromobacter spp. | <input type="checkbox"/> Achromobacter xylooxidans |
| <input type="checkbox"/> Acidaminococcus fermentans | <input type="checkbox"/> Acidaminococcus sp |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidovorax temperans | <input type="checkbox"/> Acinetobacter alcaligenes |
| <input type="checkbox"/> Acinetobacter anitratus | <input checked="" type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii |
| <input type="checkbox"/> Acinetobacter baylyi | <input checked="" type="checkbox"/> Acinetobacter calcoaceticus |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii complex | <input type="checkbox"/> Acinetobacter guillouiae |
| <input type="checkbox"/> Acinetobacter gyllenbergii | <input type="checkbox"/> Acinetobacter haemolyticus |
| <input type="checkbox"/> Acinetobacter johnsonii | <input type="checkbox"/> Acinetobacter junii |

表列項目為THAS系統所有菌種

有打勾的菌種表示
已在清單中

59

菌種維護-5

菌種維護

菌種名稱

菌種代碼 FP01219

重設

查詢

回上頁

儲存

全選

全不選

| 菌種/別名 | 菌種/別名 |
|--|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acinetobacter guillouiae | |

勾選後儲存

60

菌種維護-6

菌種維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

1 菌種名稱 顯示已隱藏註記項目

菌種代碼 FP01219

匯出格式 XLS ODS

2

[1] 2 3 4 5 6 7 8 9 10 > >> 【每頁 10 筆，第 1 頁 共 14 頁 137 筆】

| 菌種代碼 | 菌種名稱 | 菌種別名 | 層名 | HAI | AR |
|---------|---|------|----|-------------------------------------|-------------------------------------|
| FP00151 | Abiotrophia spp. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00249 | Achromobacter (Vd) | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00250 | Achromobacter spp. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP01354 | Acidovorax temperans | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00002 | Acinetobacter baumannii | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00254 | Acinetobacter calcoaceticus | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP01130 | Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii complex | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00257 | Actinobacillus capsulatus | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP00261 | Actinobacillus spp. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| FP01254 | Actinobaculum urinale | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

61

菌種維護-7

菌種維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

菌種名稱 顯示已隱藏註記項目

菌種代碼 FP01219

匯出格式 XLS ODS

2 [1] 【每頁 10 筆，第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| 菌種代碼 | 菌種名稱 | 菌種別名 | 層名 | HAI | AR |
|---------|--------------------------|------|----|--------------------------|-------------------------------------|
| FP01219 | Acinetobacter guillouiae | | 1 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- 菌種新增完成後，系統預設『HAI』與『AR』都會勾選，若該菌僅用於AR之通報，請取消HAI部分勾選後按「儲存」，以避免造成HAI通報上之困擾；反之亦然。

62

抗生素維護(維護方式同菌種)

抗生素維護

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

抗生素名稱 顯示已停藥註記項目

匯出格式 XLS ODS

[1] 2 3 4 > >> 【每頁 10 筆】 · 第 1 頁 共 4 頁 32 筆

| 抗生素名稱 | 抗生素簡稱 | ATC全碼 | HAI | AUR |
|-----------------------------|-------|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 5-Fluorocytosine | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Acetylmidecamycin | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Acetylspiramycin | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Amdinocillin | | J01CA08 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Amikacin | AN | J01GB06 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Amikacin high (1000) | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Amoxicillin/Clavulanic acid | AMC | J01CR02 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Amphotericin B | | J02AA01 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ampicillin/Sulbactam | SAM | J01CR01 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Apalcillin | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

63

通報功能項目維護

特殊菌種維護-1

路徑：資料維護作業>通報功能項目維護>特殊菌種維護



- **使用時機**：想要查詢特定藥敏試驗結果組合菌種的感染個案(例如：CRAB)時，可以在此功能先定義特殊菌種的名稱與條件，以利後續「醫療照護相關感染個案資料下載」於之查詢條件使用
- 「通報功能項目維護」項下的各項功能僅感控窗口可以操作

64

特殊菌種維護-2

[首頁](#)
[資料維護首頁](#)
[基本資料維護](#)
[通報功能項目維護](#)
[個人設定](#)
[說明文件](#)

特殊菌種維護

醫療院所: 9999999166 CDC測試醫院
 特殊菌種名稱: 狀態: 全部
 菌種: 抗生素:

查詢 重設

新增
【1】【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 2 筆】

| 特殊菌種名稱 | 菌種備註 | 狀態 | 停用/啟用 |
|--|------|----|---|
| 編 CRAB | | 啟用 | 啟用/停用 |
| 編 CSAB | | 啟用 | 啟用/停用 |

65

特殊菌種維護-3

[首頁](#)
[資料維護首頁](#)
[基本資料維護](#)
[通報功能項目維護](#)
[個人設定](#)
[說明文件](#)

特殊菌種維護

特殊菌種名稱※ CSAB 自行命名
 菌種備註:

菌種 菌株項目 選取

1. Acinetobacter baumannii
 2. Acinetobacter calcoaceticus
 3. Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii complex

選取菌種組合

抗生素 抗生素項目 選取 邏輯※ OR

| 抗生素 | 感受性(敏感性) | 感受性(中度抗藥性) | 感受性(抗藥性) |
|-----------|----------|------------|----------|
| Imipenem | 否 | 是 | 是 |
| Meropenem | 否 | 是 | 是 |

選取抗生素與藥敏試驗組合

反向選取功能：

- 『否』 - 符合設定條件的菌種
- 『是』 - 選取菌種中，藥敏試驗結果為設定條件以外者

反向選取功能※ 是

儲存 回上頁

66

特殊菌種維護-4

首頁

資料維護首頁

基本資料維護

通報功能項目維護

個人設定

說明文件

特殊菌種維護

特殊菌種名稱※ CSAB

菌種備註

菌種

菌株項目 選取

- 1.Acinetobacter baumannii
- 2.Acinetobacter calcoaceticus
- 3.Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii complex

所有設定條件都和CRAB相同，只有反向選取功能選『否』

抗生素

抗生素項目 選取 邏輯※ OR

| 抗生素 | 感受性(敏感性) | 感受性(中度抗藥性) | 感受性(抗藥性) |
|-----------|----------|------------|----------|
| Imipenem | 否 | 是 | 是 |
| Meropenem | 否 | 是 | 是 |

反向選取功能※ 是

儲存

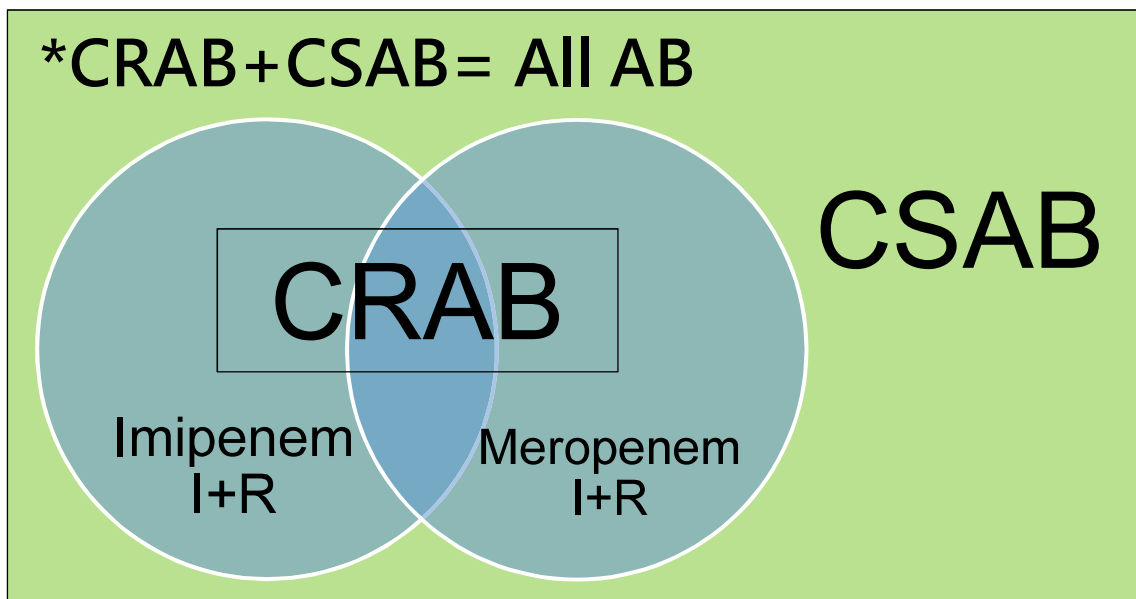
回上頁

67

特殊菌種維護-4

案例示意圖

*CRAB+CSAB= All AB



*CRAB= AB, AC 或 AB-AC complex中，imipenem 或 meropenem 任一為 I or R
 CSAB= AB, AC 或 AB-AC complex中，imipenem S 且 meropenem S 或 imipenem 與 meropenem 只檢測其中一項且為S

68

重點摘要

- 醫院端需維護的項目：「病房維護」、「菌種維護」、「抗生素維護」及「特殊菌種維護」。
- 在THAS系統網頁線上單筆通報HAI個案或批次通報AR資料的醫院，必須自行在「病房維護」、「菌種維護」和「抗生素維護」建立醫院的使用清單，以提供相關通報欄位選項。
(以API或交換中心自動上傳方式通報的醫院，可以使用系統中所有的菌種和抗生素代碼，不限定必須在醫院建立的清單項目中)
- 請注意確保「病房維護」資料正確性，適時更新。
 - 以自動上傳或批次上傳方式通報HAI或AR相關資料時，若通報資料中包含病房維護不存在的病房代碼，將無法成功上傳。
 - 進行HAI模組各項資料新增通報時(包括感染個案、月維護資料)，該筆通報資料的病房種類、科別將由系統依病房維護資料內容自動帶入，且在修改通報資料時也不會更動。
- 病房如因整修等因素暫時關閉時，無須至系統更動關閉日期，通報資料請報「0」；若該病房已不再使用，才需維護關閉日期，避免影響相關報表計算。

69

常見問題

70

通報項目維護-1

Q：若於菌種代碼表無法找到院內檢出之菌株種類？

A：1.若透過「菌種維護」功能(操作流程可參考簡報p.54-62)無法找到可通報之菌株種類，建議將待查詢菌種名稱 email至客服信箱 cdcthas@cdc.gov.tw。

2.經查詢後，若待查詢菌種：

(1)於THAS系統無相關代碼亦無別名，將新增該菌種之代碼，並將相關文件置於系統「檔案下載」區。

(2)於THAS系統已有該菌種別名之代碼，且該菌株有國際通用之正式學名，系統將改為國際間通用名稱，並以THAS系統信件通知各醫院以正式代碼通報，相關調整訊息將以THAS系統群組信件通知。

71

通報項目維護-2

Q：若收到THAS系統通知某一菌種代碼的菌種名稱修改，或有其他別名存在，我需要於系統「菌種維護」功能進行調整嗎？

A：醫院反映透過「菌種維護」功能無法找到可通報之菌株種類案件中，經查部分菌種係因鑑定分類調整等原因，可能擁有多種別名，本署將統一以國際現行適用之學名接受通報。因此：

1. THAS系統資料庫中若已有國際現行適用學名之菌株代碼存在時，將以郵件通知大家適用代碼。
2. THAS系統資料庫中若已有1個**非**國際現行適用學名之其他別名的菌株代碼存在時，本署將修改菌株名稱，並以郵件通知大家該代碼適用的菌株名稱。
3. 醫院端無須於「菌種維護」功能頁面或通報上進行任何調整。

72

通報項目維護-3

Q：若收到THAS系統通知某一菌株代碼新增、停用或修改的通知，我如何於系統「菌株維護」功能進行調整？

A：若發現某一細菌擁有多個別名，且不同別名在THAS系統內有不同代碼時，本署將保留單一代碼，統一以現行適用之學名接受通報，並停用其他別名之菌種代碼及進行相關調整，說明如下：

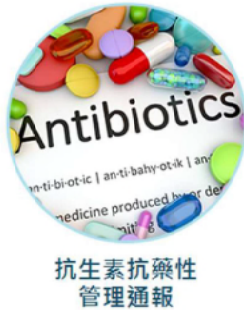
1. 若醫院端的菌種維護資料庫有選取被停用的代碼，系統將同步進行移除，並自動加入本次保留的代碼
 - (1)透過線上輸入的醫院可直接以勾選新代碼進行通報，無須於「菌種維護」功能頁面進行設定。
 - (2)交換中心上傳資料的醫院，請通知院內資訊單位，上傳資料無法再以舊代碼通報菌種。
2. THAS系統資料庫中，以其他別名之菌種代碼通報的歷史資料，將於系統端透過程式批次修改為本次保留的代碼。

73

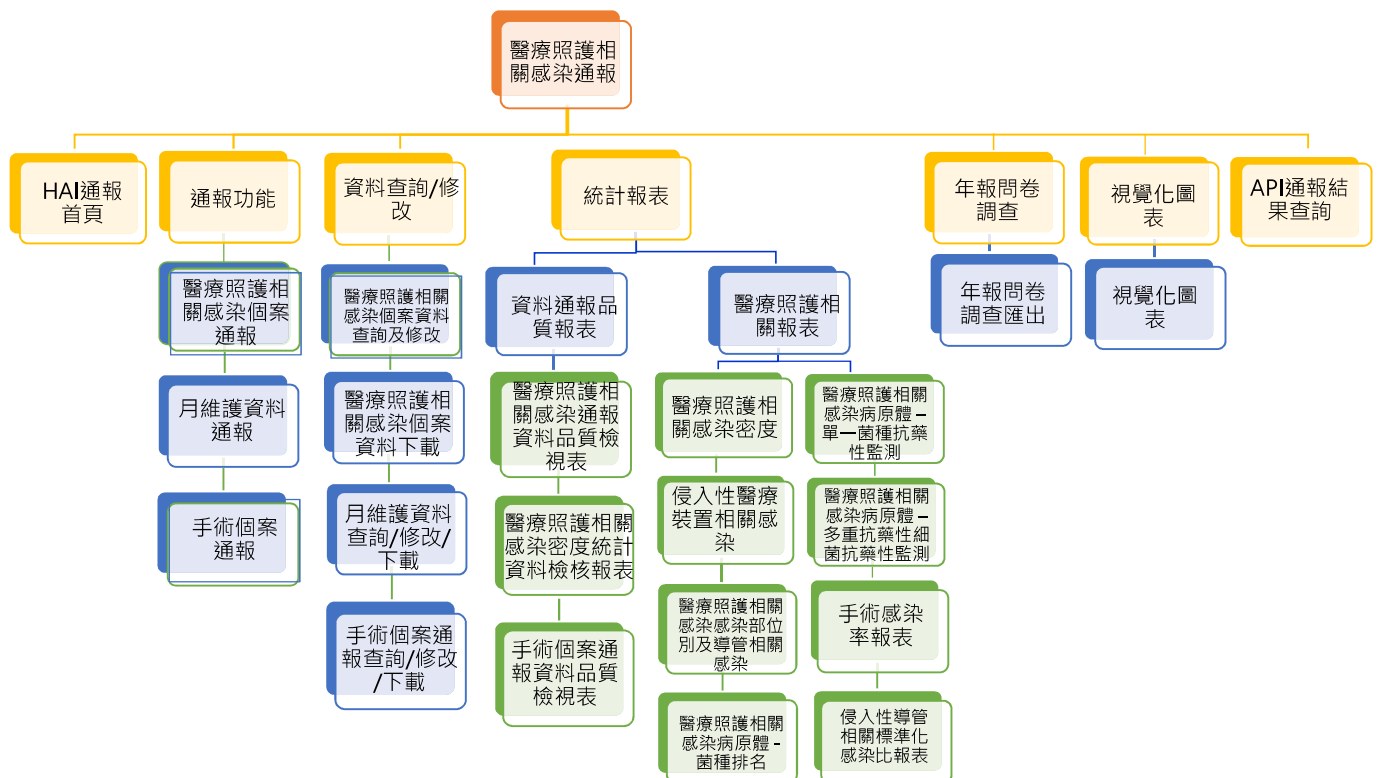
課程大綱

| | 項目 | 課程內容 |
|-----|----------------------------|--|
| 第一堂 | PART 1 系統管理及維護 | 1.帳號相關(含帳號申請、權限變更、帳號清查...) 2.通報項目維護(含病房維護、菌種維護等...) |
| | PART 2 HAI通報及查詢 | 含個案、月維護、手術個案等通報查詢及品質檢視 |
| | PART 3 AR通報及查詢 | AR通報查詢功能及通報品質檢視 |
| 第二堂 | PART 4 THAS報表 操作說明 | 1.AUR報表查詢 2.HAI報表查詢 |
| | PART 5 宣導事項 | WebAPI概述等其他注意事項 |
| | PART 6 測驗 | 課後測驗 |

功能頁面導引



系統功能表-醫療照護相關感染資料通報



THAS系統進入功能群組

- 顯示功能群組中所有功能
- 若要回到大分類圖示請點選首頁

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

Hi, 醫院測試員 你好!!

登出

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[API通報結果查詢](#)
[說明文件](#)

儀表板

本院HAI感染部位分布

統計期間：2019/01 ~ 2019/10

本院HAI感染密度趨勢

本院侵入性導管相關感染標準化感染比(SIR)

| | 實際感染人次 (O) | 預期感染人次 (E) | SIR (95%CI) |
|--------|------------|------------|------------------|
| CLABSI | 9 | 8 | 1.13 (0.51-2.14) |
| VAP | 7 | 5 | 1.4 (0.56-2.88) |
| CAUTI | 6 | 6 | 1 (0.37-2.18) |

註解：SIR=O/E; 統計期間：2019/01 ~ 2019/10
 1.若實際感染人次為0時，不提供95%信賴區間下限數值
 2.若預期感染人次為小於1時，不提供標準化感染比及95%信賴區間數值

說明事項

醫療照護相關感染報表數值，均由貴院通報資料經邏輯檢核通過後，進行分析所製。若貴院發現報表數值不合理，請先檢視貴院通報資料品質報表及通報資料內容，必要時進行資料修改或請重新上傳。

感染密度計算資料檢核邏輯說明
標準化感染比公式說明

待辦事項

尚有HAI個案資料未通報

尚有月維護資料未通報

年報問卷調查(填寫時間:108/02/01-108/04/30)

THAS系統功能群組頁面介紹

- 分為三大區塊：儀表板、說明事項、待辦事項

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

Hi, 醫院測試員 你好!!

登出

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[API通報結果查詢](#)
[說明文件](#)

儀表板

本院HAI感染部位分布

統計期間：2019/01 ~ 2019/10

本院HAI感染密度趨勢

本院侵入性導管相關感染標準化感染比(SIR)

| | 實際感染人次 (O) | 預期感染人次 (E) | SIR (95%CI) |
|--------|------------|------------|------------------|
| CLABSI | 9 | 8 | 1.13 (0.51-2.14) |
| VAP | 7 | 5 | 1.4 (0.56-2.88) |
| CAUTI | 6 | 6 | 1 (0.37-2.18) |

註解：SIR=O/E; 統計期間：2019/01 ~ 2019/10
 1.若實際感染人次為0時，不提供95%信賴區間下限數值
 2.若預期感染人次為小於1時，不提供標準化感染比及95%信賴區間數值

說明事項

醫療照護相關感染報表數值，均由貴院通報資料經邏輯檢核通過後，進行分析所製。若貴院發現報表數值不合理，請先檢視貴院通報資料品質報表及通報資料內容，必要時進行資料修改或請重新上傳。

感染密度計算資料檢核邏輯說明
標準化感染比公式說明

待辦事項

尚有HAI個案資料未通報

尚有月維護資料未通報

年報問卷調查(填寫時間:108/02/01-108/04/30)

項目說明：

HAI待辦事項

| 類別 | 顯示內容 | 對象 | 顯示機制 |
|---------|--------------------|----------|---|
| 月維護資料 | 尚有月維護資料未通報/通報不成功 | 醫院HAI使用者 | 登入HAI首頁時檢查： 關帳¹前： 於前一年1月至前1個月內若有尚未通報月維護資料之月份 關帳後： 於當年1月至前1個月內若有尚未通報月維護資料之月份 |
| HAI個案資料 | 尚有HAI個案資料未通報/通報不成功 | 醫院HAI使用者 | 登入HAI首頁時檢查： 關帳前： 於前一年1月至前1個月內若無個案通報且沒有零通報之月份 關帳後： 於當年1月至前1個月內若無個案通報且沒有零通報之月份 |
| 年報問卷調查 | 年報問卷調查 | 感控窗口 | 每年2月1日至4月30日 |

尚有月維護資料未通報

月維護資料未通報月份*

108/01、02、03、04、05、06、**07**、08、09、10、11、12

註：紅字表示通報不成功。

確定

¹關帳：每年**5月1日**起不可通報前一年度資料。

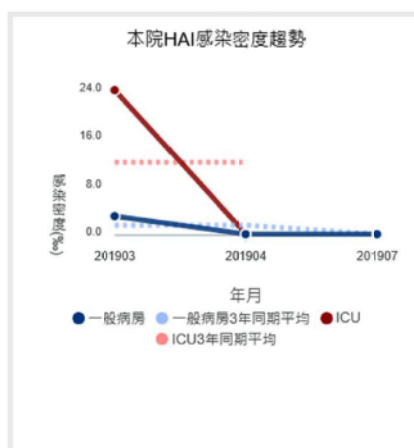
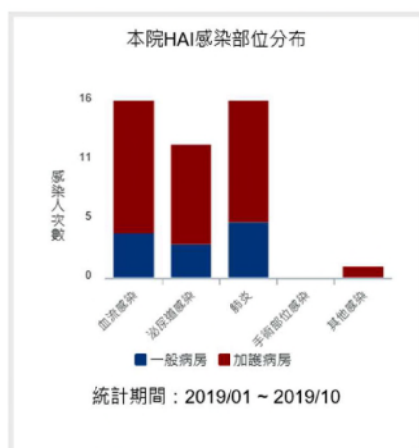
- 若曾通報但未成功，以紅字表示；未曾通報以黑字表示。

79

HAI儀表板

- 由左至右分為3部分，呈現貴院之：HAI感染部位分布、HAI感染密度趨勢、加護病房侵入性導管相關感染標準化感染比
- 資料來源：倉儲系統
- 分析結果均由貴院通報資料經邏輯檢核通過後，進行分析所製。沒有通報就沒有圖表。

儀表板



本院侵入性導管相關感染標準化感染比(SIR)

| | 實際感染人次 (O) | 預期感染人次 (E) | SIR (95%CI) |
|--------|------------|------------|------------------|
| CLABSI | 9 | 8 | 1.13 (0.51~2.14) |
| VAP | 7 | 5 | 1.4 (0.56~2.88) |
| CAUTI | 6 | 6 | 1 (0.37~2.18) |

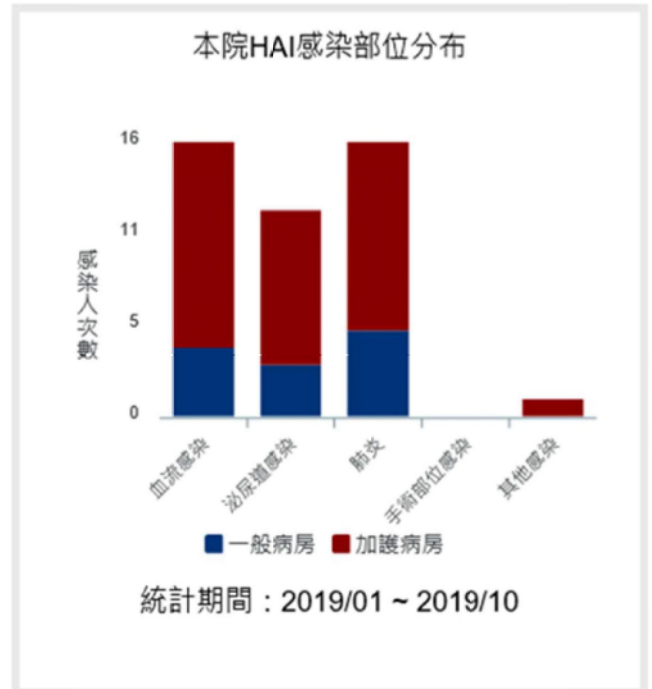
註解：SIR=O/E; 統計期間：2019/01 ~ 2019/10
 1.若實際感染人次為0時，不提供95%信賴區間下限數值
 2.若預期感染人次為小於1時，不提供標準化感染比及95%信賴區間數值

80

HAI儀表板

HAI感染部位分布

- 資料統計期間：
 - (1) 1月份：
呈現感染日期為前一年度之
累計感染人次數。
 - (2) 2~12月：
呈現感染日期為當年度(計算至
前一月份)之累計感染人次數。
- 統計對象：
加護病房及一般病房。

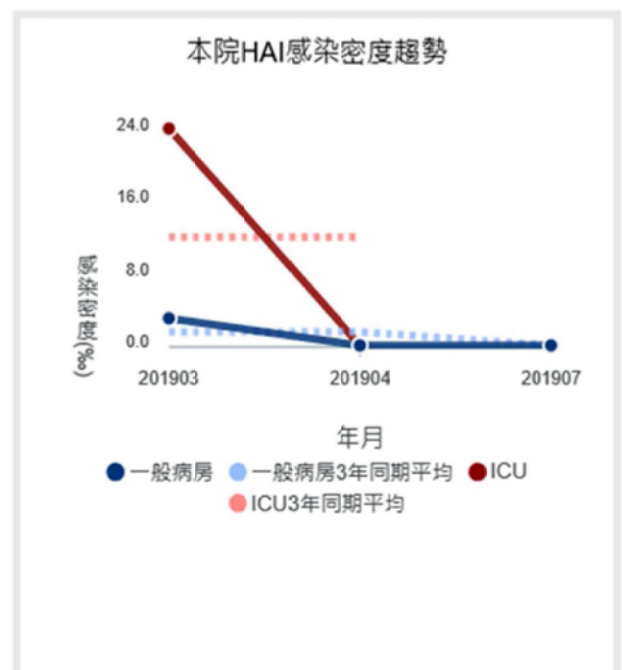


81

HAI儀表板

HAI感染密度趨勢

- 資料統計期間：
感染日期最近13個月(計算至前一月)，
按月計算感染密度。
- 統計對象：
加護病房及一般病房。
- 比較線計算方法：
 - ✓ 前3年同期(當月加上前後各1個月)
平均感染密度。
 - ✓ 考量新版監測定義於107年正式施
行，故同期平均僅取107年(含)以後
資料納入計算。
即：109年的比較線僅以107-108年2年的同
期平均計算
- 感染密度計算邏輯比照統計報表。
- 跟本院前3年同期平均相比較



82

HAI儀表板

加護病房侵入性導管相關感染標準化感染比-1

- 資料統計期間：
按各導管別相關感染分別計算：
 - (1) 1月份：
感染日期為前一年度之累計感染人次數、累計預期感染人次數及SIR。
 - (2) 2~12月：
感染日期為該年度(計算至前一月)之累計感染人次數、累計預期感染人次數及SIR。
- 統計對象：加護病房。
- 跟全國前3年的同儕平均相比較。
 - ✓ 考量新版監測定義於107年正式施行，故同儕平均僅取107年(含)以後資料納入計算。
即：109年的預期感染人次僅依107-108年2年的同儕平均計算

本院侵入性導管相關感染標準化感染比(SIR)

| | 實際感染人次 (O) | 預期感染人次 (E) | SIR (95%CI) |
|--------|------------|------------|------------------|
| CLABSI | 9 | 8 | 1.13 (0.51~2.14) |
| VAP | 7 | 5 | 1.4 (0.56~2.88) |
| CAUTI | 6 | 6 | 1 (0.37~2.18) |

註解：SIR=O/E; 統計期間：2019/01 ~ 2019/10
1.若實際感染人次為0時，不提供95%信賴區間下限數值
2.若預期感染人次為小於1時，不提供標準化感染比及95%信賴區間數值

- 若SIR 95%信賴區間下限大於1，以紅字顯示該筆資料；若SIR 95%信賴區間上限小於1，以藍字顯示該筆資料。

83

HAI儀表板

加護病房侵入性導管相關感染標準化感染比-2

- 計算方法：
 - (1) 預期感染人次數：依據醫院所屬層級與加護病房科別，將觀察期間該院的各加護病房科別導管使用人日分別乘以相對應之前3年各醫院層級別加護病房科別的平均導管相關感染密度，進行加總。
 - (2) SIR=該院加護病房導管相關感染人次數/預期感染人次數
 - (3) 計算SIR 95%信賴區間公式：
 - a. 下限： $\frac{O}{E} \left(1 - \frac{1}{9O} - \frac{1.96}{\sqrt{9O}}\right)^3$
 - b. 上限： $\frac{O+1}{E} \left(1 - \frac{1}{9(O+1)} + \frac{1.96}{\sqrt{9(O+1)}}\right)^3$

84

醫療照護相關感染個案通報

建立零通報資料-1

- 可點選「零感染通報」或「單筆個案通報」
- 自109年開始，原則上每年5月1日起不可再通報前一年度之HAI相關資料(包含感染個案/零通報、月維護資料、手術個案資料)
- 本(109)年因武漢肺炎疫情，延後至11月15日起不可再通報108年之HAI相關資料

85

醫療照護相關感染個案通報

建立零通報資料-2

- 若通報月份全院零感染或加護病房零感染時，請點選「零感染通報」，下拉選擇通報類別、通報月份後，點『完成通報』即可完成零感染通報。
- 點選「全院零感染個案通報」即代表同時通報「加護病房零感染個案通報」之意。
- 若該月份已有通報個案，將無法通報「全院零感染個案通報」，必須將通報個案全部刪除後才可通報「全院零感染個案通報」；惟若通報感染個案之感染病房皆非加護病房，則仍可通報「加護病房零感染個案通報」。

86

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

零感染通報
 單筆個案通報

病歷號碼※ AKB4801 確定

每年5月1日起不可通報前一年度資料

1. 點選『單筆個案通報』
2. 輸入病歷號碼，按下『確定』

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

姓名
身分證字號※
性別※

病歷號碼※ AKB4801
出生日期※

下一步:2.住院資料

- 請將本頁面資料輸入完成(紅色※為必填欄位)。

87

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-1. 基本資料

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

姓名 王大明
身分證字號※ A12345689
性別※ 男

病歷號碼※ CC108001
出生日期※ 068/09/29

歷史資料

相同住院期間再感染

| 住院日期 |
|--|
| <input checked="" type="radio"/> 108/01/07 |

手術個案通報SSI

| 手術日期 | 門診手術 | 住院日期 | 術式代碼 |
|---------------------------------|------|-----------|------|
| <input type="radio"/> 108/06/12 | 否 | 108/06/10 | BILI |

確定

以上情形不適用

若要通報不同住院日期的資料，請點選『以上情形不適用』，進入「2.住院資料」畫面。

- 若該病人曾經被通報為感染個案或手術個案，系統會自動帶出病人基本資料及住院歷史資料。

- 帶出歷史資料原則：同一位病人(即：「同一醫院+相同病歷號」)。
 - 相同住院期間再感染：相同住院日期若有多筆感染資料，僅帶出1筆住院日期資料。
 - 手術個案通報SSI：「相同手術日期+相同術式代碼」列1筆資料

88

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-2. 住院資料

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

住院日期※ 108/01/07 出院日期
就醫科別※ 外科 就醫細分科 放射腫瘤科
病房轉入日期※ 108/01/16
病房種類※ 加護病房 病房別※ ICU 選取
病房科別 不分科 病房細分科

本次住院之歷次病房轉換資料 轉入日期：108/01/07 內科病房
轉入日期：108/01/16 ICU100

下一步:3.感染資料

- 若需通報「相同住院期間再感染」，系統會預設帶出病房轉入日期最近的病房資料
- 系統會在「本次住院之歷次病房轉換資料」區顯示該病人本次住院的歷次病房更換紀錄，可透過點選其他轉入日期，將所選取的住院資料將帶入輸入頁面。
- 若要通報其他的病房轉入日期資料，可直接於頁面上修改。
- 本頁面資料輸入完成，請點『下一步:3.感染資料』進入感染資料畫面(紅色※為必填欄位)。

89

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-3. 感染資料^{1/8}

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

1 感染日期※ 108/02/07
2 感染部位※ 血流感染 泌尿道感染 肺炎 手術部位感染 其他部位感染
本次住院之歷次感染資料 手術部位感染：108/01/11

預覽通報資訊

3. 輸入該感染部位相關資料 (紅色※為必填欄位)。

4 儲存 5 關閉

5. 確定資料無誤後點『關閉』即可完成感染部位相關設定。

| 中心導管 | 使用起迄日 |
|-------|------------------|
| 編 CVC | 院外置放 ~ 108/02/09 |

- 本次住院的歷次導管使用資料。

90

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-3. 感染資料^{2/8}

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

感染日期※ 108/02/07

感染部位※ 血流感染 泌尿道感染 肺炎 手術

本次住院之歷次感染資料

手術部位感染 : 108/01/11

血流感染 : 108/02/07

檢體※ 未檢驗 檢體種類

預覽通報資訊

• 畫面上會呈現相同住院期間之歷次感染資料部位及日期，剛剛通報的感染部位之感染日期以桃紅色字體呈現。

僅可點選桃紅色字體資料，進入修改本次通報資料

血流感染次分類※ LCBI(檢驗證實之血流感染)

中心導管相關※ 無 有，中心導管名稱

中心導管使用起日 院外置放

中心導管使用迄日 使用中

儲存 關閉

| | 中心導管 | 使用起迄日 |
|---|-----------|------------------|
| 編 | CVC | 院外置放 ~ 108/02/09 |
| 編 | Swan-Ganz | 108/02/01 ~ 使用中 |

91

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-3. 感染資料^{3/8}

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

感染日期※ 108/02/07

感染部位※ 血流感染 泌尿道感染 肺炎 手術部位感染 其他部位感染

本次住院之歷次感染資料

手術部位感染 : 108/01/11

血流感染 : 108/02/07

檢體※ 未檢驗 檢體種類

預覽通報資訊

• 選擇檢體，若未採檢體進行檢驗，則點選「未檢驗」後，即可點選『預覽通報資訊』。



僅手術部位感染、肺炎1及其他部位感染，檢體可選擇【未檢驗】

92

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-3. 感染資料4/8

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

感染日期※ 108/02/07

感染部位※ 血流感染 泌尿道感染 肺炎 手術部位感染 其他部位感染

本次住院之歷次感染資料 手術部位感染：108/01/11
血流感染：108/02/07

檢體※ 未檢驗 檢體種類 血液

1 2 3

預覽通報資訊

1. 點選「檢體種類」
2. 由下拉選單選取檢體項目
3. 系統開啟檢體通報頁面。

檢體通報

檢體 血液 採檢日期※

病原體檢驗結果※ 無法判定 感染病原體

儲存 關閉

93

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-3. 感染資料5/8

輸入採檢日期及病原體檢驗結果

檢體通報

檢體 血液 採檢日期※ 108/02/08

病原體檢驗結果※ 無法判定 No Culture 感染病原體

儲存 關閉

- 若要通報病原體及藥敏試驗結果，請點選「感染病原體」。
- 若病原體檢驗結果為『no culture』、『no growth』、『no significant』、『normal flora』、『mixed flora』等，請點選「無法判定」並選擇結果後，按下『儲存』，確定資料無誤後按下『關閉』，即可完成檢體通報設定。

94

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-3. 感染資料^{6/8}

檢體通報

檢體 血液 採檢日期* 108/02/08

病原體檢驗結果* 無法判定 感染病原體

菌種名稱 查詢

| 菌種 | 菌種 |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Abiotrophia</i> spp. | <input type="checkbox"/> <i>Achromobacter</i> (Vd) |
| <input type="checkbox"/> <i>Achromobacter denitrificans</i> | <input checked="" type="checkbox"/> <i>Achromobacter</i> spp. |
| <input type="checkbox"/> <i>Acidovorax temperans</i> | <input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter baumannii</i> |

若按下『關閉』或畫面右上角的⊗，系統將在資料未儲存的情況下，回到「感染資料」通報頁面。

- 點選「感染病原體」後，下方自動帶出貴院設定之菌種清單
- 勾選病原體後，按下『儲存』，系統將自動導至「抗生素感受性」頁面。

95

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-3. 感染資料^{7/8}

抗生素感受性

血流感染-血液檢體 抗生素感受性結果

請針對有執行藥敏試驗的抗生素項目進行填寫，若該菌株未執行任何藥敏試驗請勾選「未執行藥敏試驗」

| 抗生素名稱 | <i>Abiotrophia</i> spp. | <i>Achromobacter</i> spp. |
|---------------|---|--------------------------------------|
| 未執行藥敏試驗 | <input checked="" type="checkbox"/> 未執行 | <input type="checkbox"/> 未執行 |
| Capreomycin | <input type="text"/> | <input type="text" value="R-抗藥性"/> |
| Carbenicillin | <input type="text"/> | <input type="text" value="I-中度抗藥性"/> |
| Carindacillin | <input type="text"/> | <input type="text" value="S-敏感性"/> |
| Carumonam | <input type="text"/> | <input type="text" value="R-抗藥性"/> |
| Caspofungin | <input type="text"/> | <input type="text" value="N-未進行試驗"/> |

- 若病原體沒有執行藥敏試驗，請於該病原體下方勾選「未執行」，則各項抗生素的試驗結果欄位將反灰，無法輸入。
- 若有執行藥敏試驗，則請針對有檢測的抗生素項目逐一下拉選擇試驗結果，所有結果輸入完後，點選『儲存』，即可回到「感染資料」通報頁面。
- 若沒有完成填報各個病原體的藥敏試驗結果，資料將無法儲存。

96

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-3. 感染資料^{8/8}

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

感染日期* 108/02/07

感染部位* 血流感染 泌尿道感染 肺炎 手術部位感染 其他部位感染

本次住院之歷次感染資料 手術部位感染：108/01/11
血流感染：108/02/07

檢體* 未檢驗 檢體種類 血液

本次住院之歷次檢體資料 血液：108/02/08

預覽通報資訊

- 回到感染資料頁面後，畫面上會呈現相同住院期間之歷次檢體資料及日期，桃紅色日期的為此次通報的資訊，可點選進入查看或修改。
- 若有其他檢體需通報，則再次點選檢體種類重複上述檢驗結果通報動作，直到本次擬新增的檢體皆通報完成。
- 各項資料通報完成後，可點選『預覽通報資訊』進行確認。
- 本次感染若在未來有其他檢體資料需要補通報，可另循「資料查詢/修改」功能進行通報。

97

醫療照護相關感染個案通報

感染個案通報-預覽個案通報

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料

| | | | |
|-----------|--|------|-----------|
| 姓名 | 王大明 | 病患號碼 | CC108001 |
| 身分證字號 | A12345689 | 出生日期 | 068/09/29 |
| 性別 | 男 | | |
| 住院日期 | 108/01/07 | 出院日期 | |
| 就醫科別 | 內科 | 就醫科別 | 血液腫瘤科 |
| 病歷轉入日期 | 108/01/07 | 病歷種類 | 一般病歷 |
| 病歷別 | BA | 病歷科別 | 內科 |
| 病歷細分類 | 心臟血管內科 | | |
| 感染部位 | 血流感染 | 感染日期 | 108/02/07 |
| 血流感染次分類 | LCBI(檢驗證實之血流感染) | | |
| 中心導管種類 | CVC;Swan-Ganz | 院外置放 | 是/否 |
| 中心導管使用期間起 | 108/02/01 | 使用中 | 是/否 |
| 中心導管使用期間迄 | 108/02/09 | | |
| 檢體種類 | 血液;原液 | | |
| 菌株、抗生素資訊 | | | |
| 檢體 | 血液 | 檢驗日期 | 108/02/08 |
| 菌種 | Abiotrophia spp. | | |
| 抗生素(感受性) | 未執行菌叢試驗 | | |
| 檢體 | 血液 | 檢驗日期 | 108/02/08 |
| 菌種 | Achromobacter spp. | | |
| 抗生素(感受性) | Ciprofloxacin(R-抗藥性) Cephadrine(I-中度抗藥性) Colistin(S-感受性) Cefazolin(N-未進行試驗) | | |
| 檢體 | 尿液 | 檢驗日期 | 108/02/08 |
| 菌種 | No Culture | | |
| 抗生素(感受性) | | | |

完成通報

檢視本頁面資料，若有錯誤，請點至原輸入頁面進行修正。

若確認無誤請按下『完成通報』，此時才算完成通報作業。

98

HAI通報邏輯說明

1.基本資料、2.住院資料

| 分類 | 欄位名稱 | 說明 | 檢核邏輯 |
|-------|------------|---------------------|----------------------------|
| 基本資料 | 病歷號碼 | 必填 | |
| | 身分證字號 | 必填 | 僅限填英數字 |
| | 姓名 | 可變動長度200字元 | |
| | 性別 | 必填 | 符合『性別代碼表』 |
| | 出生日期 | 必填·YYY/MM/DD民國年 | |
| 住院資料 | 住院日期 | 必填·YYY/MM/DD民國年 | 住院日期 ≥ 出生日期 住院日期 ≤ 系統日期 |
| | 出院日期 | YYY/MM/DD民國年 | 出院日期 ≥ 住院日期 |
| | 就醫科別 | 必填·下拉式選單 | 符合『科別代碼表』 |
| | 就醫細分科 | 下拉式選單 | 符合『細分科代碼表』 |
| | 病房轉入日期 | 必填·YYY/MM/DD民國年 | 轉入日期 ≥ 住院日期 |
| | 病房種類 | 必填·下拉式選單 | 符合『病房種類代碼表』 |
| | 病房別 | 必填·依病房種類跳出視窗病房別清單選取 | |
| | 病房科別 | 依選取病房別自動帶入 | |
| 病房細分科 | 依選取病房別自動帶入 | | |

*日期資料以民國年(yyy/mm/dd)或西元年(yyyy/mm/dd)格式輸入均可，惟相同批次上傳資料之日期格式必須相同，不可混雜2種不同資料格式

99

HAI通報邏輯說明

3.感染資料

| 分類 | 欄位名稱 | 說明 | 檢核邏輯 |
|------|------|---------------|---|
| 感染資料 | 感染日期 | 必填·YYY/MM/DD* | 1. BSI、PNU、UTI及其他部位感染： 感染日期 ≥ 病房轉入日期 2. 重複感染期判定原則： 除手術部位感染外，其他感染部位於14天內(感染日期2-感染日期1 < 14)，不可通報相同部位感染 |
| | 感染部位 | 必填 | 符合『感染部位代碼表』 |
| | 檢體 | 必填·下拉式選單 | 1. 符合『檢體種類代碼表』 2. 僅手術部位感染、肺炎1及其他部位感染，檢體項目可選擇【未檢驗】 3. 通報血流感染時，檢體僅能為【血液】 4. 通報泌尿道感染時，檢體僅能為【血液】或【尿液】 5. 通報肺炎1以外之肺炎時，檢體僅能填寫【血液】、【痰液】、【膿或傷口】、【肋膜液】、【支氣管肺泡灌洗術(BAI)或保護性檢體刷取術(PSB)】、【氣管內管抽吸(ETA)】 |

*日期資料以民國年(yyy/mm/dd)或西元年(yyyy/mm/dd)格式輸入均可，惟相同批次上傳資料之日期格式必須相同，不可混雜2種不同資料格式

100

HAI通報邏輯說明

3.感染資料>感染部位-1

| 分類 | 欄位名稱 | 說明 | 檢核邏輯 |
|-----------|--------------|-----------------|-------------------------------------|
| 血流感染 | 血流感染次分類 | 必填*，下拉式選單 | 符合『血流感染次分類代碼表』 |
| | 中心導管相關 | 必填*，下拉式選單 | 符合『侵入性導管代碼表』 |
| | 中心導管使用起日 | YYY/MM/DD民國年 | 有使用中心導管，則「使用起日」及「院外置放」擇一必填，亦可2項皆填寫 |
| | 中心導管院外置放 | 勾選 | |
| | 中心導管使用迄日 | YYY/MM/DD民國年 | 有使用中心導管，則「使用迄日」及「使用中」擇一必填，且僅可填寫其中1項 |
| | 中心導管使用中 | 勾選 | |
| 泌尿道感染 | 泌尿道感染次分類 | 必填*，下拉式選單 | 符合『泌尿道感染代碼表』 |
| | 導尿管相關 | 必填*，下拉式選單 | 符合『侵入性導管代碼表』 |
| | 導尿管使用起日 | YYY/MM/DD民國年 | 有使用導尿管，則「使用起日」及「院外置放」擇一必填，亦可2項皆填寫 |
| | 導尿管院外置放 | 勾選 | |
| | 導尿管使用迄日 | YYY/MM/DD民國年 | 有使用導尿管，則「使用迄日」及「使用中」擇一必填，且僅可填寫其中1項 |
| | 導尿管使用中 | 勾選 | |
| | 續發性血流感染 | 必填*，是/否 | |
| 續發性血流感染日期 | YYY/MM/DD民國年 | 續發性血流感染為「是」時，必填 | |
| 肺炎 | 肺炎次分類 | 必填*，下拉式選單 | 符合『肺炎次分類代碼表』 |
| | 呼吸器相關 | 必填*，下拉式選單 | 符合『侵入性導管代碼表』 |
| | 呼吸器使用起日 | YYY/MM/DD民國年 | 有使用呼吸器，則「使用起日」及「院外置放」擇一必填，亦可2項皆填寫 |
| | 呼吸器院外置放 | 勾選 | |
| | 呼吸器使用迄日 | YYY/MM/DD民國年 | 有使用呼吸器，則「使用迄日」及「使用中」擇一必填，且僅可填寫其中1項 |
| | 呼吸器使用中 | 勾選 | |
| | 續發性血流感染 | 必填*，是/否 | |
| | 續發性血流感染日期 | YYY/MM/DD民國年 | 續發性血流感染為「是」時，必填 |

*通報該部位感染時必填

101

HAI通報邏輯說明

3.感染資料>感染部位-2

| 分類 | 欄位名稱 | 說明 | 檢核邏輯 |
|--------|-----------|------------------|------------------|
| 手術部位感染 | 手術部位感染次分類 | 必填*，下拉式選單 | 符合『手術部位感染次分類代碼表』 |
| | 手術部位感染細分類 | 必填*，下拉式選單 | 符合『外科部位感染之切口代碼表』 |
| | 手術日期 | 必填*，YYY/MM/DD民國年 | 手術日期 ≤ 感染日期 |
| | 收案來源 | 必填*，下拉式選單 | 符合『收案來源代碼表』 |
| | ICD處置碼 | 輸入代碼查詢 | 符合『ICD處置碼代碼表』 |
| | ICD處置名稱 | 依ICD處置碼自動帶入 | |
| | 術式分類 | 必填*，下拉式選單 | 符合『術式分類代碼表』 |
| | 續發性血流感染 | 必填*，是/否 | |
| | 續發性血流感染日期 | YYY/MM/DD民國年 | 續發性血流感染為「是」時，必填 |
| 其他部位感染 | 其他部位感染次分類 | 必填*，下拉式選單 | 符合『其他部位感染次分類代碼表』 |
| | 續發性血流感染 | 必填*，是/否 | |
| | 續發性血流感染日期 | YYY/MM/DD民國年 | 續發性血流感染為「是」時，必填 |

*通報該部位感染時必填

102

HAI通報邏輯說明

3.感染資料>檢體通報

| 分類 | 欄位名稱 | 說明 | 檢核邏輯 |
|----|---------|---------------------|---|
| 檢體 | 採檢日期 | 必填・YYY/MM/DD民國年 | |
| | 病原體檢驗結果 | 無法判定 | 下拉式選單 (No culture, mixed flora, normal flora, no growth, no significant) |
| | | 感染病原體 | 依醫院自訂之「菌種維護」清單呈現 |
| | 抗生素 | 依醫院自訂之「抗生素種類維護」清單呈現 | 符合『抗生素代碼表』 |
| | 抗生素感受性 | | 符合『抗生素感受性代碼表』 |

103

通報常見提示訊息與排除說明-1

醫療照護相關感染通報

| 通報類別 | 提示訊息 | 排除說明 |
|--------------|--|-------------------------------------|
| 必填欄位未填入 | [OOOOO]不可為空 請先選擇通報項目! 尚未填寫基本資料! 尚未填寫住院資料! 尚未填寫感染部位資料! | 請依檢核邏輯說明填入資料 |
| 填入日期未符通報定義 | 出生日期不可大於目前日期! 出生日期不可大於住院日期! 住院日期不可大於目前日期! 住院日期不可大於出院日期! 住院日期不可大於轉入日期! 住院日期不可大於續發性血流感染日期! 轉入日期不可大於目前日期! 轉入日期不可大於出院日期! 轉入日期不可大於感染日期! 感染日期不可大於目前日期! 感染日期不可小於住院日期! 感染日期不可小於轉入日期! 手術日期不可大於感染日期! | 請依檢核邏輯說明填入資料 |
| 疑通報資料未符合通報定義 | 提醒：請確認感染病房轉入日期或感染日期或挑選符合病房歸屬原則之正確性。 提醒：該個案為【Present on Admission】 | 經提示訊息確認後，原資料仍可繼續鍵入，此為請使用者確認資料之提示訊息。 |

104

通報常見提示訊息與排除說明-2

醫療照護相關感染通報

| 通報類別 | 提示訊息 | 排除說明 |
|-----------|-----------------------------------|--|
| 通報期限 | 已過系統關帳日，故無法通報此筆資料! | 因設定關帳日為每年5月1日，請至遲每年4月30日前完成前一年度通報資料上傳。 |
| 基本資料 | 修改基本資料會將歷史資料全數修改 | 當基本資料修改，將併同先前通報資料修改，惟病歷號不得修改。 |
| 感染資料/感染日期 | 若有新發現的病原體，則請增列至原來的感染事件中，請問是否進行增列？ | 除手術部位感染及其他部位感染之外，不得於感染日期14天內重複通報相同部位感染。 <ul style="list-style-type: none"> • 若點選「確定」，系統將引導至「資料查詢/修改頁面」，點該筆感染事件「編」後鍵入新增檢驗資料。 • 若點選「否」，系統將清空感染資料，請使用者重新通報 |

105

通報常見提示訊息與排除說明-3

醫療照護相關感染通報

| 通報類別 | 提示訊息 | 排除說明 |
|-----------|--|---|
| 感染資料/感染部位 | 僅手術部位感染、肺炎1及其他部位感染，檢體項目可選擇【未檢驗】 | 依收案原則，感染部位僅SSI、PNU1及其他部位感染者，可非依檢驗結果收案；若為前述三者以外感染，請輸入檢驗結果。 |
| | 通報血流感染時，檢體僅能為「血液」！ | 依收案原則，通報血流感染時，檢體僅能為「血液」 |
| | 通報泌尿道感染時，檢體僅能為「血液」或「尿液」！ | 依收案原則，通報泌尿道感染時，檢體僅能為「血液」或「尿液」 |
| | 通報肺炎時，檢體僅能為「血液」、「痰液」、「膿或傷口」、「肋膜液」、「支氣管肺泡灌洗術(BAI)或保護性檢體刷取術(PSB)」、「氣管內管抽吸(ETA)」！ | 依收案原則，通報肺炎時，檢體僅能為「血液」、「痰液」、「膿或傷口」、「肋膜液」、「支氣管肺泡灌洗術(BAI)或保護性檢體刷取術(PSB)」、「氣管內管抽吸(ETA)」 |

106

通報常見提示訊息與排除說明-4

醫療照護相關感染通報

| 通報類別 | 提示訊息 | 排除說明 |
|-------------------|--|--|
| 感染資料 /感染部 位 | 更換感染日期或感染部位會 連同檢體及其抗生素感受性 結果一併刪除，請問是否刪 除此筆感染資料？ | 當感染資料修改感染日期或感染部位： •點選「確定」將刪除先前通報資料，重新鍵入通 報感染資料； •若點選「取消」維持原資料。 |
| | 勾選未檢驗會連同檢體及其 抗生素感受性結果一併刪除， 請問是否刪除檢體資料？ | 此為當已鍵入通報個案檢體及抗生素資料，再點 檢體「未檢驗」時將出現之提示： •點「確定」將刪除該筆資料、改為未檢驗， •點「取消」維持原通報內容。 |

107

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改-1

▲ 首頁 HAI通報首頁 通報功能 **資料查詢/修改** 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 說明文件

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改
醫療照護相關感染個案資料下載
月維護資料查詢/修改/下載
手術個案通報查詢/修改/下載

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改

醫院 9999999166 CDC測試醫院

姓名 病歷號碼

住院日期 - 感染日期 -



108

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改-2

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改

醫院 9999999166 CDC測試醫院

姓名 病歷號碼 CC108001

住院日期 - 感染日期 -

[查詢](#) [重設](#)

[1] 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 3 筆】

| | 醫院別 | 姓名 | 病歷號碼 | 身分證字號 | 感染部位 | 病房別 | 病房種類 | 感染日期 | 住院日期 |
|-------------------------------------|---------|-----|----------|------------|--------|-----|------|-----------|-----------|
| 詳 | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 肺炎 | 9F | 加護病房 | 107/10/05 | 107/10/01 |
| 編 刪 | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 血流感染 | 8A | 一般病房 | 108/02/07 | 108/01/07 |
| 編 刪 | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 手術部位感染 | 8A | 一般病房 | 108/01/11 | 108/01/07 |

- 輸入查詢條件後點查詢，系統會依照查詢條件顯示符合條件的資料
 - ✓ 若已過系統關帳日僅提供查看資料，找到欲查看的個案點『詳』可查看該筆感染個案資料，但不能修正。

109

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改-3

醫療照護相關感染個案通報

個案通報 1.基本資料 2.住院資料 3.感染資料 [回查詢頁](#)

基本資料

姓名 王大明 病歷號碼 CC108001
身分證字號 A12345689 出生日期 068/09/29
性別 男

住院資料

住院日期 107/10/01 出院日期
就醫科別 內科 就醫細分科 腸胃內科
病房轉入日期 108/10/01 病房種類 加護病房
病房別 9F 病房科別 內科
病房細分科

感染資料

感染部位 肺炎 感染日期 107/10/05
肺炎感染次分類 肺炎1
呼吸器相關 無
呼吸器使用期間起 院外置放
呼吸器使用期間迄 使用中
檢體種類 未檢驗

• 若要回到查詢頁面請點『回查詢頁』。

110

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改-4

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改

醫院 9999999166 CDC測試醫院

姓名 病歷號碼 CC108001

住院日期 - 感染日期 -

[1] 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 3 筆】

| | 醫院別 | 姓名 | 病歷號碼 | 身分證字號 | 感染部位 | 病房別 | 病房種類 | 感染日期 | 住院日期 | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------|----------|------------|------------|--------|------|-----------|-----------|-----------|
| <input type="button" value="詳"/> | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 肺炎 | 9F | 加護病房 | 107/10/05 | 107/10/01 | |
| <input type="button" value="編"/> | <input type="button" value="刪"/> | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 血流感染 | 8A | 一般病房 | 108/02/07 | 108/01/07 |
| <input type="button" value="編"/> | <input type="button" value="刪"/> | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 手術部位感染 | 8A | 一般病房 | 108/01/11 | 108/01/07 |

- 輸入查詢條件後點查詢，系統會依照查詢條件顯示符合條件的資料
 - ✓ 點『編』可檢視及修改該筆個案資料。
 - ✓ 資料填報步驟同「醫療照護相關感染個案通報」。
 - ✓ 若要新增如14天內相同部位再感染或續發性血流感染的檢驗結果，請由此辦理

111

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改-5

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改

醫院 9999999166 CDC測試醫院

姓名 病歷號碼 CC108001

住院日期 - 感染日期 -

[1] 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 3 筆】

| | 醫院別 | 姓名 | 病歷號碼 | 身分證字號 | 感染部位 | 病房別 | 病房種類 | 感染日期 | 住院日期 | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------|----------|------------|------------|--------|------|-----------|-----------|-----------|
| <input type="button" value="詳"/> | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 肺炎 | 9F | 加護病房 | 107/10/05 | 107/10/01 | |
| <input type="button" value="編"/> | <input type="button" value="刪"/> | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 血流感染 | 8A | 一般病房 | 108/02/07 | 108/01/07 |
| <input type="button" value="編"/> | <input type="button" value="刪"/> | CDC測試醫院 | 王〇明 | CC108001 | A12345**** | 手術部位感染 | 8A | 一般病房 | 108/01/11 | 108/01/07 |

- 輸入查詢條件後點查詢，系統會依照查詢條件顯示符合條件的資料
 - ✓ 點『刪』，系統會詢問是否確定刪除資料，按下『確定』即刪除該筆通報，『取消』則不刪除。

112

醫療照護相關感染個案資料下載-1

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

[醫療照護相關感染個案資料查詢及修改](#)
[醫療照護相關感染個案資料下載](#)
[月維護資料查詢/修改/下載](#)
[手術個案通報查詢/修改/下載](#)

各醫院使用者僅能下載自家醫院個案

醫療照護相關感染個案資料下載

醫院: 9999999166 CDC測試醫院
 醫療層級: 區域醫院
 區管中心: 疾病管制署臺北區管制中心
 縣市: 台北市

感染日期: 108/01/01 ~ 108/10/21
 住院日期: -

病房種類: 加護病房 一般病房 RCC RCW 慢性病房
 感染部位: 血流感染 泌尿道感染 肺炎 手術部位感染 其他部位感染

細菌種類: 抗生素項目:

特殊菌株項目:

匯出格式: XLS ODS

- 設定下載資料條件
- 按匯出下載
- 解壓縮密碼為使用者身分證字號，第一個英文字母需大寫

您要開啟或儲存來自 192.168.173.25 的 醫療照護相關感染個案資料下載_20191030073000.zip (22.6 KB)?

醫療照護相關感染個案資料下載-2

下載資料內容-1

| 病歷號碼 | 患者身分證字號 | 患者姓名 | 性別 | 出生日期 | 住院日期 | 出院日期 | 就醫科別 | 就醫細分科 | 就醫細分科中文名稱 | 病房轉入日期 | 病房種類 | 病房別 | 病房說明 | 病房科別 | 病房細分科名稱 | 其他細分科名稱 | 感染日期 | 感染部位 | 續發性血流感染 | 續發性血流感染日期 |
|-----------|---------|--------|--------|----------|----------|----------|------|-------|-----------|----------|----------|--------|------|------|---------|---------|----------|-------|---------|-----------|
| 00001 | A211111 | 王3333 | Gynamd | 021/12/0 | 108/10/0 | | 不分科 | | | 108/10/0 | 加護病房9F | 內科ICU | 內科 | | | | 108/10/0 | 血流感染 | | |
| 00001 | A211111 | 王3333 | Gynamd | 021/12/0 | 108/10/0 | | 不分科 | | | 108/10/0 | 加護病房9F | 內科ICU | 內科 | | | | 108/10/2 | 泌尿道感染 | 否 | |
| 12345 | 12345 | 12345 | 男 | 084/02/1 | 108/09/2 | | 不分科 | 腸胃內科 | | 108/10/0 | 加護病房9F | 內科ICU | 內科 | | | | 108/10/0 | 手術部位 | 否 | |
| 12345 | 待確認 | 12345 | 男 | 084/02/1 | 108/09/2 | 100/02/1 | 不分科 | 腸胃內科 | | 108/10/0 | 加護病房9F | 內科ICU | 內科 | | | | 108/10/0 | 手術部位 | 否 | |
| 12345 | 12345 | 12345 | 男 | 084/02/1 | 108/10/0 | | 不分科 | 腸胃內科 | | 108/10/0 | 加護病房9F | 內科ICU | 內科 | | | | 108/10/0 | 手術部位 | 否 | |
| 12345 | 待確認 | 12345 | 男 | 084/02/1 | 108/10/0 | 100/02/1 | 不分科 | 腸胃內科 | | 108/10/0 | 加護病房9F | 內科ICU | 內科 | | | | 108/10/0 | 手術部位 | 否 | |
| API01 | H10000 | CAP101 | 男 | 034/11/2 | 108/09/0 | 108/10/0 | 內科 | 腸胃內科 | | 108/09/0 | 加護病房2F | 2F | 不分科 | 內分泌科 | | | 108/09/0 | 血流感染 | | |
| API02 | A20000 | CAP102 | 女 | 023/02/2 | 108/09/0 | | 心臟內科 | 心臟血管 | | 108/09/0 | 加護病房ICU | ICU100 | 不分科 | | | | 108/09/1 | 泌尿道感染 | 否 | |
| API03 | B20000 | CAP103 | 女 | 030/10/1 | 108/09/1 | 108/10/3 | 心臟內科 | 胸腔內科 | | 108/09/1 | 加護病房9F | 內科ICU | 內科 | | | | 108/09/1 | 肺炎 | 否 | |
| BSI01 | O12345 | BSI01 | 男 | 055/05/0 | 108/07/0 | | 婦產科 | | | 108/07/0 | 加護病房TEST | TEST | 外科 | 感染科 | | | 108/07/0 | 血流感染 | | |
| BSI01 | O12345 | BSI01 | 男 | 055/05/0 | 108/07/0 | | 婦產科 | | | 108/07/0 | 加護病房TEST | TEST | 外科 | 感染科 | | | 108/07/2 | 血流感染 | | |
| CC1080(A) | 12345E | 王大明 | 男 | 068/09/2 | 108/01/0 | | 內科 | 血液腫瘤 | | 108/01/0 | 一般病房8A | 內科病房 | 內科 | 心臟血管 | | | 108/02/0 | 血流感染 | | |
| CC1080(A) | 12345E | 王大明 | 男 | 068/09/2 | 108/01/0 | | 內科 | 血液腫瘤 | | 108/01/0 | 一般病房8A | 內科病房 | 內科 | 心臟血管 | | | 108/02/0 | 血流感染 | | |
| CC1080(A) | 12345E | 王大明 | 男 | 068/09/2 | 108/01/0 | | 內科 | 血液腫瘤 | | 108/01/0 | 一般病房8A | 內科病房 | 內科 | 心臟血管 | | | 108/02/0 | 血流感染 | | |
| CC1080(A) | 12345E | 王大明 | 男 | 068/09/2 | 108/01/0 | | 內科 | 血液腫瘤 | | 108/01/0 | 一般病房8A | 內科病房 | 內科 | 心臟血管 | | | 108/02/0 | 血流感染 | | |
| CC1080(A) | 12345E | 王大明 | 男 | 068/09/2 | 108/01/0 | | 內科 | 血液腫瘤 | | 108/01/0 | 一般病房8A | 內科病房 | 內科 | 心臟血管 | | | 108/02/0 | 血流感染 | | |
| SSI01 | A00000 | SSI01 | 女 | 065/05/0 | 108/06/2 | | 家醫科 | | | 108/07/0 | 加護病房2F | 2F | 不分科 | 內分泌科 | | | 108/07/1 | 手術部位 | 否 | |
| SSI01 | A00000 | SSI01 | 女 | 065/05/0 | 108/06/2 | | 家醫科 | | | 108/07/0 | 加護病房ICU | ICU100 | 不分科 | | | | 108/07/1 | 手術部位 | 否 | |
| SSI01 | A00000 | SSI01 | 女 | 065/05/0 | 108/07/0 | | 家醫科 | | | 108/07/0 | 加護病房ICU | ICU100 | 不分科 | | | | 108/07/1 | 手術部位 | 否 | |

1.基本資料

2.住院資料

3.感染資料

醫療照護相關感染個案資料下載-2

下載資料內容-2

| 3.感染資料-血流感染相關 | | | | | 3.感染資料-泌尿道感染相關 | | | | | 3.感染資料-肺炎相關 | | | | | 3.感染資料-檢體資料 | | | | | | |
|-------------------------|--------|-----------|-----------|---------|----------------|-------|----------|----------|--------|-------------|-------|-----------|----------|--------|-------------|------|------|----------|-----------|-----------|-------|
| 血流感染次分類 | 中心導管相關 | 中心導管使用期間起 | 中心導管使用期間迄 | 中心導管使用中 | 泌尿道感染次分類 | 導尿管相關 | 導尿管使用期間起 | 導尿管使用期間迄 | 導尿管使用中 | 肺炎次分類 | 呼吸器相關 | 呼吸器使用期間起 | 呼吸器使用期間迄 | 呼吸器使用中 | 呼吸器院外置放 | 檢體種類 | 其他說明 | 採檢日期 | 菌種名稱 | 抗生素感受性 | |
| LCBI(檢)無 | | | | | 有症狀的無 | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/10/0 | No Grow | 未執行 | |
| LCBI(檢)CVC;Por;108/08/; | | | | | 有症狀的 Foley ca | | | | 1 | 1 | 肺炎2 | Ventilato | 108/09/C | | 1 | 尿液 | | 108/10/2 | No Grow | 未執行 | |
| LCBI(檢)無 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/09/0 | Pseudon | Ciproflo | 敏感性 |
| LCBI(檢)無 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/09/1 | Pseudon | Ciproflo | 敏感性 |
| LCBI(檢)CVC;Sw;108/02/1 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/09/1 | Klebsiell | Ceftazidi | 敏感性 |
| LCBI(檢)CVC;Sw;108/02/1 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/07/0 | Achromc | | 未執行 |
| LCBI(檢)CVC;Sw;108/02/1 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/07/2 | No Grow | | 未執行 |
| LCBI(檢)CVC;Sw;108/02/1 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/02/0 | Abiotropi | | 未執行 |
| LCBI(檢)CVC;Sw;108/02/1 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/02/0 | Achromc | Ceftazidi | 中度抗藥性 |
| LCBI(檢)CVC;Sw;108/02/1 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/02/0 | Achromc | Cephrad | 敏感性 |
| LCBI(檢)CVC;Sw;108/02/1 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/02/0 | Achromc | Ciproflo | 抗藥性 |
| LCBI(檢)CVC;Sw;108/02/1 | | | | | | | | | | | | | | | | 血液 | | 108/02/0 | Achromc | Collistin | 未進行試驗 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 尿液 | | 108/02/0 | No Cultu | | 未執行 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 未檢驗 | | | | | 未執行 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 膿或傷口 | | 108/07/1 | Abiotropi | Ciproflo | 抗藥性 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 膿或傷口 | | 108/07/1 | Abiotropi | Ciproflo | 抗藥性 |

感染個案通報修訂內容

- 依不同感染部位限制通報檢體：
 - 通報血流感染時，檢體僅能為「血液」。
 - 通報泌尿道感染時，檢體僅能為「血液」或「尿液」。
 - 通報肺炎時：
 - 檢體僅能填寫「血液」、「痰液」、「膿或傷口」、「肋膜液」、「支氣管肺泡灌洗術(BAI)或保護性檢體刷取術(PSB)」、「氣管內管抽吸(ETA)」；
 - 另，僅通報「肺炎1」時，其檢體可容許填寫「無檢體」。
- 日期檢核：
 - 陽性檢體之(檢驗日期-感染日期)若 ≥ 14 天，則視為新感染之檢體
 - 手術部位感染之手術日期必填，且(感染日期-手術日期)應 < 90 天
 - 通報侵入性導管(中心導管/呼吸器/導尿管)使用感染規範：
 - (感染日期-導管使用起日)需 ≥ 2 天。
 - 導管使用迄日需 \geq 感染日期前一天。

感染個案通報修訂內容

■ 通報感染個案之預覽畫面增加判斷：

- 已通報全院/加護病房零通報，若醫院再通報感染個案，系統會詢問：「貴院此感染月份已通報全院/加護病房零通報，請確定是否通報此感染個案？」選『是』則刪除零通報紀錄，選『否』則該筆個案不寫入系統（【WebAPI及交換中心通報時，不提示一律後蓋前】）。
- 當月份若已上傳過月維護資料，再通報該月之感染個案時，依該筆通報之感染病房檢核月維護資料是否有通報該病房資料：
 - 若有資料，系統會提示「此感染月份月維護資料有本次通報個案之病房，若月維護資料有異動請重新通報月維護資料」。
 - 若無資料，系統會提示「此感染月份月維護資料無本次通報個案之病房，請重新通報月維護資料，否則此個案不列入「感染密度」計算」。

■ 其他：

- 通報手術部位感染之「收案來源」改為必填。
- 身分證號不可通報「待確認」。
- 品質檢視表增加判斷：ID第二碼與性別研判邏輯新增8應對應為男性、9應對應為女性(此為外來人口統一證號邏輯，內政部移民署將於110年換發)。

117

月維護資料通報範本下載

提供XLS格式範本供鍵入資料

• 注意事項：

1. 月維護資料在系統網頁僅提供批次上傳方式通報，不再提供線上輸入方式通報
2. 匯入的檔案需一次上傳整個月的所有資料，因此若需要新增或修正部分通報資料，需將整個月份的資料(包含已傳的部分)一起重傳。
3. 匯入檔案的檔名不限，但欄位不可任意更動，匯入時若欄位不一致會被系統剔退。
4. 該月份除手術部位感染外之感染個案應全數通報完畢後，才可上傳月維護資料

118

建立月維護通報資料

• 注意事項：請勿編輯欄位名稱及調換欄位順序

1. 必須和資料上傳頁面的年度月份一致
2. 年度填寫民國年

1. 只能填入2或3；類別=3的資料一定要有，且只能有1列
2. 類別=3只可填J~L欄

| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
|----|----|----------------|-----|-------|-------|----------|-----------|----------|-----------|---------|---------|
| 年度 | 月份 | 類別(2:病房, 3:全院) | 病房別 | 住院人日數 | 住院人次數 | 導尿管使用人日數 | 中心導管使用人日數 | 呼吸器使用人日數 | 全院住院手術人次數 | 全院住院人日數 | 全院住院人次數 |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

1. 類別=2時，住院人日數(E欄)、導尿管使用人日數(G欄)、中心導管使用人日數(H欄)、呼吸器使用人日數(I欄)必填

1. 類別(C欄)=3時，必須為空白
2. 類別(C欄)=2時，必填：
 - 1) 資料內容必須符合「病房維護」的『病房代碼』
 - 2) 必須包含病房維護資料中所有當月份有開的加護病房及有通報感染個案之其餘種類病房(只開1天也須通報)

119

月維護資料通報欄位邏輯說明

| 通報欄位 | 說明 | 檢核邏輯 |
|---------|----------------|---|
| 年度 | 民國年 | 必須與通報畫面中的年度一致 |
| 月份 | | 必須與通報畫面中的年度一致 |
| 類型 | 2: 病房 3: 全院 | 類型為「全院」之資料必須通報且只能有1筆 |
| 病房別 | | 1. 系統自動帶入病房種類、科別、細分科及病床數存放於月維護資料表。 2. 類型為「2」時： <ol style="list-style-type: none"> 1) 此欄必填； 2) 符合醫院自訂的病房維護資料； 3) 必須包含病房維護資料中所有當月份有開的加護病房及有通報感染個案之其餘種類病房(只開1天也須通報) 3. 類型為「3」時，此欄需空白 |
| 月維護項目 | 住院人日數 | 1. 符合『月維護項目代碼表』 2. 類型為「2」時：住院人日數、導尿管使用人日數、中心導管使用人日數、呼吸器使用人日數必填 3. 月維護項目數值檢核： <ol style="list-style-type: none"> 1) 住院人日數 ≥ 住院人次數 2) 住院人日數 ≥ 導尿管使用人日數 3) 住院人日數 ≥ 中心導管使用人日數 4) 住院人日數 ≥ 呼吸器使用人日數 |
| | 住院人次數 | |
| | 導尿管使用人日數 | |
| | 中心導管使用人日數 | |
| | 呼吸器使用人日數 | |
| | 全院住院手術人次數 | 1. 符合『月維護項目代碼表』 2. 類型為「3」時，【全院住院手術人次數】必填 3. 全院住院人日數 ≥ 全院住院人次數 4. 「類型3之全院住院人日數」須 > 「類型2之病房住院人日數總和」，除非貴院病房維護檔包含全院所有病房且全數通報時，全院住院人日數才會等於病房住院人日數總和 |
| | 全院住院人日數 | |
| 全院住院人次數 | | |

120

月維護資料通報-1

首頁 HAI通報首頁 **通報功能** 資料查詢/修改 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 說明文件

醫療照護相關感染個案通報
月維護資料通報
手術個案通報

月維護資料通報_範本下載
月維護資料通報

月維護資料通報

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院
通報年月※ 108 年 10 月
每年5月1日起不可通報前一年度資料
上傳月維護資料 選擇檔案 未選擇任何檔案
匯入檔案

- 輸入本次通報的年月並選擇需上傳的檔案後，點『匯入檔案』系統將進行資料檢核。

121

月維護資料通報-2

匯入失敗!

若有錯誤訊息，整批資料皆不匯入；

請檢視錯誤訊息，修正並重新上傳通報資料。

月維護資料匯入時間：2020-11-19 15:16:38

月維護資料上傳筆數：8
月維護資料實際匯入筆數：0
月維護資料檢核正確筆數：0
月維護資料檢核錯誤筆數：8

以下為錯誤訊息：
※尚有加護病房未進行通報，故整批資料皆不匯入。
※類型為『全院』之資料必須通報且只能有一筆，故整批資料皆不匯入。
※上傳資料檢核錯誤筆數訊息如下：

第 2 列： [類型]為3時，[全院住院手術人次數]不可為空
第 3 列： [類型]為3時，[全院住院手術人次數]不可為空
第 4 列： [病房別]與病房維護資料不符
[類型]為2時，[住院人日數]不可為空
第 5 列： [病房別]與病房維護資料不符
[類型]為2時，[全院住院手術人次數]必須為空
[類型]為2時，[全院住院人日數]必須為空
[類型]為2時，[全院住院人次數]必須為空
第 6 列： [病房別]與病房維護資料不符
[中心導管使用人日數]不可大於[住院人日數]
第 7 列： [月份]與通報畫面月份不符
[病房別]與病房維護資料不符
第 8 列： [病房別]與病房維護資料不符
[類型]為2時，[住院人日數]不可為空
第 9 列： [病房別]與病房維護資料不符

- 匯入後系統會進行檢核，若有錯誤會逐筆顯示錯誤原因，請依錯誤訊息修正匯入檔案後再重新上傳。
- 只要有**1筆檢核錯誤**，或有開的加護病房及有通報感染個案之其餘種類病房未進行通報，則本次資料皆不匯入。

關閉

122

月維護資料通報-3

匯入成功!

月維護資料匯入時間：2019-10-30 12:10:36

| | |
|----------------|------|
| 月維護資料上傳筆數：14 | 匯入結果 |
| 月維護資料實際匯入筆數：14 | |
| 月維護資料檢核正確筆數：14 | 檢核結果 |
| 月維護資料檢核錯誤筆數：0 | |

關閉

- 匯入檢核後，若資料無誤，會出現彈跳視窗，呈現通報成功訊息並顯示成功筆數。

123

月維護資料查詢/修改/下載-1

首頁 HAI通報首頁 通報功能 **資料查詢/修改** 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 說明文件

- 醫療照護相關感染個案資料查詢及修改
- 醫療照護相關感染個案資料下載
- 月維護資料查詢/修改/下載**
- 手術個案通報查詢/修改/下載

月維護資料查詢/修改/下載

醫院 9999999166 CDC測試醫院

通報年月 108 年 10 月 ~ 108 年 10 月

匯出格式 XLS ODS

查詢 **匯出** 重設

Internet Explorer

您要如何處理 月維護資料查詢修改下載_20191030121510.xls?

大小: 8.00 KB
來源: 192.168.173.25

- 開啟(O)
檔案不會自動儲存。
- 儲存(S)
- 另存新檔(A)

取消

- 設定下載資料區間
- 按匯出下載

124

月維護資料查詢/修改/下載-2

月維護資料查詢/修改/下載

醫院 9999999166 CDC測試醫院

通報年月 107 年 10 月 ~ 108 年 10 月

匯出格式 XLS ODS

查詢 匯出 重設

[1] 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 3 筆】

| | 醫院別 | 年度 | 月份 | 住院 人日數 | 住院 人次數 | 導尿管 使用人日數 | 中心導管 使用人日數 | 呼吸器 使用人日數 | 全院住院 手術人次數 | 全院住院 人日數 | 全院住院 人次數 | |
|----------|---------|-----|----|-----------|-----------|--------------|---------------|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|
| 詳 | CDC測試醫院 | 107 | 10 | 898 | 10 | 16 | 2 | 890 | 100 | | | |
| 詳 | CDC測試醫院 | 107 | 11 | 7 | 125 | 14 | 50 | 14 | 1800 | | | A |
| 詳 | CDC測試醫院 | 108 | 10 | 910 | 455 | 91 | 56 | 59 | 50 | 800 | 700 | 重新通報 |

B

- 輸入查詢條件後點查詢，系統會依照查詢條件顯示符合條件的資料
 - A.** 若資料年月仍在可通報期限內，按下『重新通報』，系統將導至月維護資料通報頁面；可依「月維護資料通報」步驟重新上傳該月份資料。
 - B.** 若已過系統關帳日僅提供查看資料，找到欲查看的個案點『詳』可查看該筆月維護通報詳細資料。

125

月維護資料查詢/修改/下載-3

月維護詳細資料

| 醫院別 | 年度 | 月份 | 類別 | 病房別 | 住院 人日數 | 住院 人次數 | 導尿管 使用人日數 | 中心導管 使用人日數 | 呼吸器 使用人日數 | 全院住院 手術人次數 | 全院住院 人日數 | 全院住院 人次數 |
|---------|-----|----|----|----------|-----------|-----------|--------------|---------------|--------------|---------------|-------------|-------------|
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | ICU TEST | 10 | 5 | 1 | 8 | 5 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | RCC | 20 | 10 | 2 | 7 | 4 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | TEST | 30 | 15 | 3 | 6 | 3 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | ICU01 | 40 | 20 | 4 | 5 | 2 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | 111 | 50 | 25 | 5 | 4 | 1 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | 12F | 60 | 30 | 6 | 3 | 2 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | 2F | 70 | 35 | 7 | 2 | 3 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | 3F | 80 | 40 | 8 | 1 | 4 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | 7F | 90 | 45 | 9 | 2 | 5 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | ICU | 100 | 50 | 10 | 3 | 6 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | A01 | 110 | 55 | 11 | 4 | 7 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | 9F | 120 | 60 | 12 | 5 | 8 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 病房 | 8A | 130 | 65 | 13 | 6 | 9 | | | |
| CDC測試醫院 | 108 | 10 | 全院 | | | | | | | 50 | 800 | 700 |

病房別(類型2)
輸入

全院(類型3)
輸入

126

月維護通報修訂內容

- 通報月維護資料時，請先確認是否有尚未通報之感染個案通報(含零通報)，除手術部位感染外之感染個案應全數通報完畢後，才可上傳月維護資料。
- 「類型3之全院住院人日數」須 > 「類型2之病房住院人日數總和」，**除非貴院病房維護檔包含全院所有病房且全數通報時，全院住院人日數才會等於病房住院人日數總和。**
- 當「類別」為病房時：
 - 資料內容必須符合「病房維護」的『病房代碼』
 - 所有當月份有開放的加護病房及有通報感染個案之其餘病房種類病房，皆須通報月維護資料(只開放1天也需要通報)
 - 住院人日數(E欄)、導尿管使用人日數(G欄)、中心導管使用人日數(H欄)、呼吸器使用人日數(I欄)必填

127

手術個案通報單筆新增-1

The screenshot shows the HAI reporting system interface. The top navigation bar includes '首頁', 'HAI通報首頁', '通報功能', '資料查詢/修改', '統計報表', '年報問卷調查', '視覺化圖表', and '說明文件'. The '通報功能' menu is expanded, showing options: '醫療照護相關感染個案通報', '月維護資料通報', and '手術個案通報'. The '手術個案通報' option is further expanded to show '手術個案_範本下載', '手術個案批次通報', and '手術個案通報單筆新增'. A red arrow points from the '手術個案通報單筆新增' option to the '手術個案通報單筆新增' page. The page title is '手術個案通報單筆新增'. Below the title, there are three tabs: '1.手術個案通報', '2.基本資料', and '3.手術資料'. The '1.手術個案通報' tab is active. Below the tabs, there is a form with a '病歷號碼*' field and a '確定' button. A red note below the form states: '每年5月1日起不可通報前一年度資料'.

- 輸入病歷號碼後點「確定」可進入新增頁面
若該病人資料已存在，系統會自動帶出基本資料

128

手術個案通報單筆新增-2

手術個案通報單筆新增

1.手術個案通報 2.基本資料 3.手術資料

病歷號碼※ CC108001

確定

每年5月1日起不可通報前一年度資料

手術個案通報單筆新增

1.手術個案通報 2.基本資料 3.手術資料

病歷號碼※ CC108001

身分證字號※ A12345689

姓名 王大明

性別※ 男

出生日期※ 068/09/29

未來視政策規範

歷史資料

SSI個案補通報手術資料

| | 必要通報術式 | 術式分類 | 手術日期 | 住院日期 | 感染日期 |
|----------------------------------|--------|------|-----------|-----------|-----------|
| <input checked="" type="radio"/> | | CBGB | 108/01/08 | 108/01/07 | 108/01/11 |

確定

以上情形不適用

- 輸入病歷號碼若該病人資料已存在，系統會自動帶出基本資料；若不存在則請將本頁面資料輸入完成(紅色※為必填欄位)。
- 若需補報SSI個案通報手術感染資料，請點選需補報的個案資料後點『確定』進入「2.手術資料」維護畫面；若要通報全新的資料，請點『以上情形不適用』進入「2.手術資料」維護畫面。
- 歷史資料帶出「SSI個案補通報手術資料」原則：同一醫院+相同病歷號+已通報手術感染且尚未登打手術個案通報

129

手術個案通報單筆新增- 3

手術個案通報單筆新增

1.手術個案通報 2.基本資料 3.手術資料

手術日期※ 108/06/12

手術執行時間※ 05 時20 分

ICD處置碼 0RRD0JZ

術式分類代碼※ OMS

Replacement of Left Temporom 選取

門診手術※ 是 否

門診/住院日期※ 108/06/10

傷口分類※ 腫及感染

全身麻醉※ 是 否

美國麻醉醫師協會分類代碼 正常健康病人

緊急手術※ 是 否

外傷※ 是 否

微創手術/內視鏡※ 是 否

縫合方式※ 皮膚縫合

預覽通報資訊

- 本頁面資料輸入完成(紅色※為必填欄位)，請點『預覽通報資訊』進入預覽通報資訊畫面。

130

手術個案通報單筆新增- 4

手術個案通報單筆新增

1.手術個案通報

2.基本資料

3.手術資料

基本資料

| | | | |
|-------|-----------|------|-----------|
| 姓名 | 王大明 | 病歷號碼 | CC108001 |
| 身分證字號 | A12345689 | 出生日期 | 068/09/29 |
| 性別 | 男 | | |

手術資料

| | | | |
|--------|-----------|--------------|-----------|
| 手術日期 | 108/06/12 | 手術執行時間 | 05時20分 |
| ICD處置碼 | 0RRD0JZ | 術式分類代碼 | OMS |
| 門診手術 | 否 | 門診/住院日期 | 108/06/10 |
| 傷口分類 | 鱗及感染 | 美國麻醉醫師協會分類代碼 | 正常健康病人 |
| 全身麻醉 | 是 | 緊急手術 | 否 |
| 外傷 | 否 | 微創手術/內視鏡 | 否 |
| 縫合方式 | 皮膚縫合 | | |

完成手術個案通報

- 檢視本頁面資料，若有誤請點至原輸入頁面修正，若確認無誤，請點『完成手術個案通報』才算完成通報。

131

手術個案範本下載

首頁

HAI通報首頁

通報功能

資料查詢/修改

統計報表

年報問卷調查

視覺化圖表

說明文件

醫療照護相關感染個案通報

月維護資料通報

手術個案通報

手術個案_範本下載

手術個案批次通報

手術個案通報單筆新增

- 提供XLS格式範本供鍵入資料

您要開啟或儲存來自 192.168.173.25 的 Oper01.xls?

開啟(O)

儲存(S)

取消(C)

×

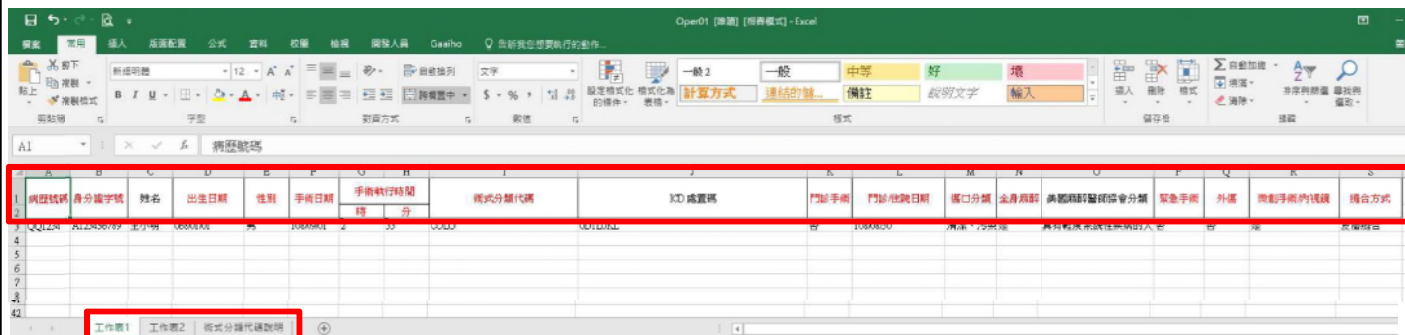
- 匯入的檔案限每次只能上傳手術日期在相同月份的資料，若通報的手術年月為108年10月，若匯入檔案中有非10月份的手術資料，匯入時會被剔退。
- 系統會比對匯入資料中是否有重複個案*，**重複者以最新匯入的資料取代，未曾通報過的個案資料若通過檢核則存入資料庫。**因此透過批次匯入檔案的方式可以進行手術個案的新增通報與修改，但**無法刪除**已通報個案，若需刪除個案，請至「手術個案通報查詢/修改/下載」刪除(詳見p.143)。

*比對原則：同一醫院+相同病歷號+相同手術日期+相同術式+相同手術執行時間

132

建立手術個案通報資料

- 注意事項：匯入檔案的檔名不限，但欄位不可任意更動，請勿編輯欄位名稱及調換欄位順序，匯入時若欄位不一致會被系統別退。



- 欄位紅色字體為必填
- 下載範本檔另有工作表2提供通報欄位的下拉選項參照清單及術式分類代碼說明，請勿編輯更動

手術個案批次通報欄位邏輯說明

| 分類 | 通報欄位 | 說明 | 檢核邏輯 |
|------|--------------|-----------------|--|
| 基本資料 | 病歷號碼 | 必填 | |
| | 身分證字號 | 必填 | 僅限填英數字 |
| | 姓名 | 可變動長度200字元 | |
| | 出生日期 | 必填，YYY/MM/DD民國年 | |
| | 性別 | 必填 | 符合『性別代碼表』 |
| 手術資料 | 手術日期 | 必填，YYY/MM/DD民國年 | 1. 手術日期 ≥ 門診/住院日期 2. 選擇批次上傳時，年月須與通報畫面中的手術年月一致 |
| | 手術執行時間 | 必填，hh:mm | |
| | 術式分類代碼 | 必填，下拉式選單 | 符合『術式分類代碼表』 |
| | ICD處置碼 | 輸入代碼查詢 | 符合『ICD處置代碼表』 |
| | 門診手術 | 必填，是/否 | |
| | 門診/住院日期 | 必填，YYY/MM/DD民國年 | |
| | 傷口分類 | 必填，下拉式選單 | 符合『傷口分類代碼表』 |
| | 全身麻醉 | 必填，是/否 | |
| | 美國麻醉醫師協會分類代碼 | 下拉式選單 | 1. 符合『麻醉分類』 2. 全身麻醉欄位為「是」時必填 |
| | 緊急手術 | 必填，是/否 | |
| | 外傷 | 必填，是/否 | |
| | 微創手術/內視鏡 | 必填，是/否 | |
| 縫合方式 | 必填，下拉式選單 | | |

通報常見提示訊息與排除說明

手術個案通報

※部分項目與HAI通報相同，請參見HAI通報部分說明。

| 通報類別 | 提示訊息 | 排除說明 |
|------|-------------------------------|--|
| 手術資料 | ICD處置碼不存在! | 請重新輸入符合「ICD處置代碼表」內容。 |
| | 如果[門診手術]選擇否，則[美國麻醉醫師協會分類]不可為空 | 若非門診手術，則需提供ASA代碼(必填欄位)，請於下拉式選單中擇一填入。 |
| | 此筆手術個案已存在，如需修改資料請至查詢頁面修改 | 請查明是否為同手術個案已通報，若需修改內容請至資料查詢>手術個案通報查詢/修改/下載，修改資料。 |

135

手術個案批次通報-1

手術個案批次通報

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

1 手術年月： 108 年 10 月

每年5月1日起不可通報前一年度資料

2 上傳手術個案資料檔案 選擇檔案 未選擇任何檔案

3 匯入檔案

- 輸入本次通報的手術日期年月，並選擇需上傳的檔案後，點『匯入檔案』系統將進行資料檢核。

136

手術個案批次通報-3

匯入失敗!

請檢視錯誤訊息，修正並重新上傳通報資料。

手術個案資料匯入時間：2020-11-17 17:04:11

手術個案資料上傳筆數：3

手術個案資料實際匯入筆數：0

手術個案資料檢核正確筆數：1

手術個案資料檢核錯誤筆數：2

以下為錯誤訊息：

第 4 列：【OPER02,109/09/15,APPY】

[出生日期]格式錯誤，請輸入民國或西元日期格式

[出生日期]不可為空

第 5 列：【OPER03,109/09/12,AAA】

[全身麻醉]不可為空

[內視鏡]不可為空

[緊急手術]需為是或否

[ICD10處置碼]對應的[術式分類代碼(AAA)]代碼不存在

關閉

- 匯入後系統會進行檢核，若有錯誤會逐筆顯示錯誤原因，請依錯誤訊息修正匯入檔案後再重新上傳。
- 若有1筆檢核錯誤則本次資料皆不匯入。

137

手術個案批次通報-4

匯入成功!

手術個案資料匯入時間：2019-10-29 17:33:50

手術個案資料上傳筆數：3

手術個案資料實際匯入筆數：3

手術個案資料檢核正確筆數：3

手術個案資料檢核錯誤筆數：0

關閉

- 匯入檢核後，若資料無誤，會出現彈跳視窗，呈現通報成功訊息並顯示成功筆數。

138

手術個案通報查詢/修改/下載-1

首頁 HAI通報首頁 通報功能 **資料查詢/修改** 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 說明文件

醫療照護相關感染個案資料查詢及修改
醫療照護相關感染個案資料下載
月維護資料查詢/修改/下載
手術個案通報查詢/修改/下載

手術個案通報查詢/修改/下載

醫院院所: 9999999166 CDC測試醫院
區管中心: 疾病管制署臺北區管制中心
病歷號碼:
手術日期: ~
匯出格式: XLS ODS

醫療層級: 區域醫院
縣市: 台北市
姓名:
術式代碼: 全部

- 設定下載資料區間
- 按匯出下載
- 解壓縮密碼為使用者身分證字號，英文需大寫

您要開啟或儲存來自 192.168.173.25 的手術個案通報查詢修改下載_20191029060009.zip (105 KB)?

139

手術個案通報查詢/修改/下載-2

手術個案通報查詢/修改/下載

醫院院所: 9999999166 CDC測試醫院
區管中心: 疾病管制署臺北區管制中心
病歷號碼: CC108001
手術日期: ~
匯出格式: XLS ODS

醫療層級: 區域醫院
縣市: 台北市
姓名:
術式代碼: 全部

[1] 每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 3 筆

| 編 | 刪 | 醫院別 | 病歷號碼 | 身分證字號 | 姓名 | 手術日期 | 術式代碼 |
|---|----------------------------------|---------|----------|------------|-----|-----------|------|
| <input type="button" value="編"/> | <input type="button" value="刪"/> | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王O明 | 108/10/09 | AMP |
| <input type="button" value="編"/> | <input type="button" value="刪"/> | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王O明 | 108/06/12 | BILI |
| <input checked="" type="button" value="詳"/> | | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王O明 | 107/03/11 | OMS |

- 輸入查詢條件後點查詢，系統會依照查詢條件顯示符合條件的資料
✓ 若已過系統關帳日僅提供查看資料，找到欲查看的個案點『詳』可查看該筆手術個案資料，但不能修正。

140

手術個案通報查詢/修改/下載-3

手術個案通報單筆新增

1.手術個案通報

2.基本資料

3.手術資料

回上頁

基本資料

姓名 王大明 病歷號碼 CC108001
身分證字號 A12345689 出生日期 068/09/29
性別 男

手術資料

手術日期 107/03/11 手術執行時間 5時20分
ICD處置碼 0RRD0JZ 術式分類代碼 OMS
門診手術 否 門診/住院日期 107/03/10
傷口分類 鱗及感染 美國麻醉醫師協會分類代碼 正常健康病人
全身麻醉 是 緊急手術 否
外傷 否 微創手術/內視鏡 否
縫合方式 皮膚縫合

- 若要回到查詢頁面請點『回上頁』。

141

手術個案通報查詢/修改/下載-4

手術個案通報查詢/修改/下載

醫院院所 9999999166 CDC測試醫院 醫療層級 區域醫院
區管中心 疾病管制署臺北區管制中心 縣市 台北市
病歷號碼 CC108001 姓名
手術日期 ~ 術式代碼 全部
匯出格式 XLS ODS

查詢

匯出

重設

【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 3 筆】

| | | 醫院別 | 病歷號碼 | 身分證字號 | 姓名 | 手術日期 | 術式代碼 |
|---|---|---------|----------|------------|-----|-----------|------|
| 編 | 刪 | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王O明 | 108/10/09 | AMP |
| 編 | 刪 | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王O明 | 108/06/12 | BILI |
| 詳 | | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王O明 | 107/03/11 | OMS |

- 輸入查詢條件後點查詢，系統會依照查詢條件顯示符合條件的資料
 - ✓ 點『編』可檢視及修改該筆個案資料。
 - ✓ 資料填報步驟同「手術個案通報單筆新增」。

142

手術個案通報查詢/修改/下載-5

手術個案通報查詢/修改/下載

| | | | |
|---|--|------|------|
| 醫院院所 | 9999999166 CDC測試醫院 | 醫療層級 | 區域醫院 |
| 區管中心 | 疾病管制署臺北區管制中心 | 縣市 | 台北市 |
| 病歷號碼 | CC108001 | 姓名 | |
| 手術日期 | <input type="text"/> ~ <input type="text"/> | 術式代碼 | 全部 |
| 匯出格式 | <input checked="" type="radio"/> XLS <input type="radio"/> ODS | | |
| <input type="button" value="查詢"/> <input type="button" value="匯出"/> <input type="button" value="重設"/> | | | |

【每頁 20 筆】 · 第 1 頁 共 1 頁 3 筆

| | | 醫院別 | 病歷號碼 | 身分證字號 | 姓名 | 手術日期 | 術式代碼 |
|---|---|---------|----------|------------|-----|-----------|------|
| 編 | 刪 | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王〇明 | 108/10/09 | AMP |
| 編 | 刪 | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王〇明 | 108/06/12 | BILI |
| 詳 | | CDC測試醫院 | CC108001 | A12345**** | 王〇明 | 107/03/11 | OMS |

- 輸入查詢條件後點查詢，系統會依照查詢條件顯示符合條件的資料
✓ 點『刪』，系統會詢問是否確定刪除資料，按下『確定』即刪除該筆通報，『取消』則不刪除。

143

常見問題

144

HAI-個案資料-1

Q：要如何修改個案資料？

A：於「醫療照護相關感染資料通報」/「資料查詢 / 修改」/「醫療照護相關感染個案資料查詢及修改」功能中，輸入病歷號碼查詢，點選「編」鈕。

Q：病人若住院期間第2次感染轉換病房，要如何登打通報資料？

A：1.依單筆新增通報中的「同次住院再感染方式」通報。
2.於『2.住院資料』中登打轉換病房相關資料。

145

HAI-個案資料-2

Q: HAI資料完成通報之後，系統是不是立即可以檢索到相關資料及查詢分析結果？

A：

| 通報方式 | 通報資料 統計檢索 | 統計報表 查詢 | 交換中心上傳結果回報 |
|--------|--------------|-------------|--|
| THAS網站 | 即時 | 隔天早上 8點後 | - |
| 交換中心 | 隔日凌晨 5點後 | 後天早上 8點後 | 隔日凌晨5點後即可查閱上傳結果【防疫資訊交換平台監控網站】 http://edi.cdc.gov.tw/CDC/WebMonitor/login4in1.aspx |

146

課程大綱

| | 項目 | 課程內容 |
|-----|---------------------------------|--|
| 第一堂 | PART 1 系統管理及維護 | 1.帳號相關(含帳號申請、權限變更、帳號清查...) 2.通報項目維護(含病房維護、菌種維護等...) |
| | PART 2 HAI通報及查詢 | 含個案、月維護、手術個案等通報查詢及品質檢視 |
| | PART 3 AR通報及查詢 | AR通報查詢功能及通報品質檢視 |
| 第二堂 | PART 4 THAS報表操作說明 | 1.AUR報表查詢 2.HAI報表查詢 |
| | PART 5 宣導事項 | WebAPI概述等其他注意事項 |
| | PART 6 測驗 | 課後測驗 |

147

需通報項目-1

| 通報項目 | 備註 |
|---------------------------|---|
| <i>Escherichia spp.</i> | <ol style="list-style-type: none"> 需通報左列項目菌屬下之<u>所有菌種</u>資料，如 <u><i>Escherichia spp.</i></u>包括 <u><i>E. coli</i></u>、<u><i>E. vulneris...</i></u>等；<u><i>Klebsiella spp.</i></u>包括 <u><i>K. pneumoniae</i></u>、<u><i>K. ozaenae</i></u>、<u><i>K. rhinoscleromatics...</i></u>等。 需為THAS中已定義之菌株種類 若醫院欲通報之菌種不包含在THAS菌株清單，請通知本署THAS窗口進行增修。 |
| <i>Klebsiella spp.</i> | |
| <i>Enterobacter spp.</i> | |
| <i>Proteus spp.</i> | |
| <i>Salmonella spp.</i> | |
| <i>Shigella spp.</i> | |
| <i>Citrobacter spp.</i> | |
| <i>Morganella spp.</i> | |
| <i>Providencia spp.</i> | |
| <i>Serratia spp.</i> | |
| <i>Yersinia spp.</i> | |
| <i>Campylobacter spp.</i> | |

148

需通報項目-2

| 通報項目 | 備註 |
|--|--|
| <i>Enterococcus spp.</i> | 1.需通報左列項目菌屬下之 所有菌種 資料，如： <u><i>E. faecalis</i>、<i>E. faecium</i>、<i>E. avium...</i></u> 等 2.需為THAS中已定義之菌株種類 3.若醫院欲 通報之菌種不包含在THAS菌株清單 ，請通知本署THAS窗口進行增修 4. <u>無法分型之醫院</u> ，可通報 <i>Enterococcus spp.</i> |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> | |
| <i>Acinetobacter calcoaceticus</i> | |
| <i>Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii complex</i> | |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | |
| <i>Streptococcus pneumoniae</i> | |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | |
| <i>Clostridioides difficile</i> | |
| <i>Helicobacter pylori</i> | |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | |

149

欄位邏輯說明-1

| | 欄位名稱 | 檢核邏輯 | 必填性 | |
|--------|-------|--|--|----|
| 分子資料 | 身分證字號 | 1.文字，可輸入 身分證字號 、 居留證號 或 護照號碼 2.無身分證時才可輸入居留證號；無身分證或居留證時才可輸入護照號碼 3. 新生兒 的出生日期 至採檢日 ， 小於6個月 時，得以「 AA 」輸入 4. 本國人無身分證 時，得以「 BB 」輸入 5. 外國人無居留證或護照號碼 ，得以「 CC 」輸入 | 必填 | |
| 基本資料 | | 病歷號 | 文字 | 必填 |
| | | 性別 | 文字，M或F | 必填 |
| | | 出生年月 | yyyy/mm | 必填 |
| 入院採檢資料 | | 前次出院日期 | 1. yyyy/mm/dd，「 前次出院日期 」不可晚於「 入院或就診日期 」 2. 此日期為本次通報住院期間之前一次出院日期 3. 若 無住院史 ，請 固定填1900/01/01 | 必填 |
| | | 入院或就診日期 | 1. yyyy/mm/dd，當入院或就診型態為 1：Inpatient 或 3：Emergency ，「 入院或就診日期 」不可晚於「 採檢日期 」 2. 「 入院或就診日期 」不可早於「 前次出院日期 」 | 必填 |

150

欄位邏輯說明-2

| 欄位名稱 | 檢核邏輯 | 必填性 |
|---------------------------|---|-------|
| 分子資料 入院採檢資料 入院或就診型態 | 1 : Inpatient · 2 : Outpatient · 3 : Emergency 入院或就診型態之歸類取決於採檢行為發生於何處，如：病人經由急診入院，若於急診處採檢，即視為急診病人；於病房處採檢則為住院病人。 | 必填 |
| 採檢病房別 | 1. 需在THAS病房維護檔中有資料 2. 該病房需開啟或採檢日期位於該病房開設期間內 3. 此欄位為醫院在THAS中各自維護之病房別資料 4. 「入院或就診型態」為Inpatient時，「採檢病房別」必填。 <u>入院或就診型態</u> 為Outpatient及Emergency時，「採檢病房別」不可填寫任何資料及空白鍵。 | 條件式必填 |
| 採檢科別 | 1. 需在THAS科別代碼檔中有資料 2. 此欄位為THAS中定義之科別資料，與健保大科別分類相同(非細分科) | 必填 |
| 採檢日期 | 1. yyyy/mm/dd 2. 當入院或就診型態為1：Inpatient或3：Emergency，「採檢日期」不可早於「入院或就診日期」 3. 「採檢日期」應以病人實際採檢日為主，例如：某醫院門診1/1開採檢單(註明1/2抽血)給民眾，1/2即為採檢日期。若無法得知實際採檢日，也可以「檢體簽收日」代之。 | 必填 |
| 檢體代碼 | 此欄位為THAS中已定義之檢體種類代碼 | 必填 |
| 菌株代碼 | 此欄位為THAS中已定義之菌株種類代碼 | 必填 |

151

欄位邏輯說明-3

| 欄位名稱 | 檢核邏輯 | 必填性 |
|-----------------------------|--|-------|
| 分子資料 入院採檢資料 藥敏試驗抗生素代碼 | 1. 需在THAS抗生素代碼檔 (ANTI) 中有資料 2. 此欄位為通報THAS中使用之抗生素代碼 3. 當「試驗方式」為 MIC 、 Etest 、 Disk 時，此欄位 必填 | 條件式必填 |
| 試驗方式 | 1. 藥敏試驗 ：MIC、Etest、Disk； 2. 毒性檢測 ：CCNA、EIA、NAAT | 必填 |
| 試驗結果 | 1. 藥敏試驗： 1) 當「試驗方式」為 Disk 時，此欄位 必填 2) 「試驗方式」為 MIC 、 Etest 、 Disk 時，「試驗結果」僅可填 R 、 I 、 S 、 SDD 、 NS 2. 毒性檢測： 1) 當「試驗方式」為CCNA、EIA、NAAT時，此欄位 必填 2) 「試驗方式」為CCNA、EIA、NAAT時，「試驗結果」僅可填non、toxinA、toxinB、toxinA+B、other；若檢測出之毒素無法區分toxinA、toxinB及toxinA+B，但為陽性，請填報other | 條件式必填 |
| 藥敏試驗數值 | 1. 當「試驗方式」為 MIC 、 Etest 必填 2. 「試驗方式」為Disk方式，且此欄位有資料時，需為正整數或零 | 條件式必填 |

152

欄位邏輯說明-4

| 分子資料 | 欄位名稱 | 檢核邏輯 | 必填性 |
|-----------------|----------|--|-----|
| 侵入性醫療 處置使用資料 | 是否使用中心導管 | 文字，Y、N | 非必填 |
| | 中心導管使用日期 | yyyy/mm/dd，中心導管使用日期 <u>不可晚於</u> 中心導管 移除日期 | |
| | 中心導管移除日期 | yyyy/mm/dd，中心導管移除日期 <u>不可早於</u> 中心導管 置入日期 | |
| | 是否使用呼吸器 | 文字，Y、N | |
| | 呼吸器使用日期 | yyyy/mm/dd，呼吸器使用日期 <u>不可晚於</u> 呼吸器移除 日期 | |
| | 呼吸器移除日期 | yyyy/mm/dd，呼吸器移除日期 <u>不可早於</u> 呼吸器置入 日期 | |
| | 是否使用導尿管 | 文字，Y、N | |
| | 導尿管使用日期 | yyyy/mm/dd，導尿管使用日期 <u>不可晚於</u> 導尿管移除 日期 | |
| | 導尿管移除日期 | yyyy/mm/dd，導尿管移除日期 <u>不可早於</u> 導尿管置入 日期 | |

153

欄位邏輯說明-5

| 分母資料 | 欄位名稱 | 檢核邏輯 | 必填性 |
|------|-----------|--|-----------|
| | 類型 | 1：科別，2：病房別，3：全院， <u>須同時通報類型為2及3之資料，且類型為3之資料僅能有一筆。</u> | 必填 |
| | 病房別 | 1.需在THAS病房維護檔中有資料 2.該病房需 <u>開啟</u> 或 <u>採檢日期位於該病房開設期間內</u> 3.此欄位為醫院在THAS中各自維護之病房別資料 4. <u>「類型」為2時，此欄位必填，有通報的病房別須至少包含分子通報的所有病房別。</u> | 條件式 必填 |
| | 科別 | 1.需在THAS科別代碼檔中有資料 2.此欄位為THAS中定義之科別資料，與健保大分科別分類相同 3. <u>「類型」為1時，此欄位必填</u> | 條件式 必填 |
| | 住院人日數 | 1.需為正整數或零 2. <u>「類型」為2或3時，此欄位必填</u> 3.各病房人日數之加總或各科別人日數之加總均不可大於全院人日數 4. <u>當醫院病房維護檔包含全院所有病房且全數通報時，全院住院人日數才會等於病房住院人日數總和</u> | 條件式 必填 |
| | 住院人次數 | 1.需為正整數或零 2. <u>「類型」為3時，此欄位必填</u> 3. <u>住院人次數不可大於住院人日數</u> | 條件式 必填 |
| | 中心導管使用人日數 | 需為正整數或零 | 非必填 |
| | 呼吸器使用人日數 | 需為正整數或零 | 非必填 |
| | 導尿管使用人日數 | 需為正整數或零 | 非必填 |

154

資料去重複檢核邏輯-1

- 若有2筆以上資料為同一醫院、年、月、採檢日、身分證字號、檢體種類、菌種、抗生素、試驗方式、採檢病房別時，請依照以下去重複檢核邏輯進行研判
- 藥敏試驗
 - 當「試驗結果」或「藥敏試驗數值」相同時，僅可提供1筆資料進行通報，其研判邏輯如下

| 醫院 | 年 | 月 | ID | 檢體 | 菌種 | 抗生素 | 採檢日 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏試驗數值 | 通報 |
|----|-----|---|----|------|-------------------|-----------|-----|------|------|--------|----|
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>E. Faecium</i> | Vacomycin | 1/2 | Disk | R | | v |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>E. Faecium</i> | Vacomycin | 1/2 | Disk | R | | |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>S. aureus</i> | Vacomycin | 1/2 | MIC | R | >32 | v |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>S. aureus</i> | Vacomycin | 1/2 | MIC | R | >32 | |

155

資料去重複檢核邏輯-2

- 藥敏試驗
 - 當「試驗結果」不同時，依照 NS > R > I > SDD > S 順序為原則，僅可提供1筆資料進行通報

| 醫院 | 年 | 月 | ID | 檢體 | 菌種 | 抗生素 | 採檢日 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏試驗數值 | 通報 |
|----|-----|---|----|------|-------------------|-----------|-----|------|------|--------|----|
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>E. Faecium</i> | Vacomycin | 1/2 | Disk | R | | v |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>E. Faecium</i> | Vacomycin | 1/2 | Disk | S | | |

- 當「試驗方式」為MIC或Etest，無「試驗結果」，且「藥敏試驗數值」不同時，以「藥敏試驗數值」較大者優先為原則，僅可提供1筆資料進行通報

| 醫院 | 年 | 月 | ID | 檢體 | 菌種 | 抗生素 | 採檢日 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏試驗數值 | 通報 |
|----|-----|---|----|------|------------------|-----------|-----|------|------|--------|----|
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>S. aureus</i> | Vacomycin | 1/2 | MIC | | >32 | v |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>S. aureus</i> | Vacomycin | 1/2 | MIC | | 2 | |

156

資料去重複檢核邏輯-3

• 毒性檢測

1. 毒性檢測之「試驗結果」**不同時**，以**toxinA+B > toxinA/B > other > non**順序為原則，僅可提供1筆資料進行通報

| 醫院 | 年 | 月 | ID | 檢體 | 菌種 | 抗生素 | 採檢日 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏試驗數值 | 通報 |
|----|-----|---|----|------|---------------------|-----------|-----|------|--------|--------|----|
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>C. difficile</i> | Vacomycin | 1/2 | EIA | toxinA | | ✓ |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>C. difficile</i> | Vacomycin | 1/2 | EIA | other | | |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>C. difficile</i> | Vacomycin | 1/2 | EIA | non | | |

2. 同時檢出toxinA及toxinB時，「試驗結果」需以toxinA+B進行通報

| 醫院 | 年 | 月 | ID | 檢體 | 菌種 | 抗生素 | 採檢日 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏試驗數值 | 通報 |
|----|-----|---|----|------|---------------------|-----------|-----|------|----------|--------|----|
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>C. difficile</i> | Vacomycin | 1/3 | NAAT | toxinA | | |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>C. difficile</i> | Vacomycin | 1/3 | NAAT | toxinB | | |
| A | 106 | 1 | KK | SP01 | <i>C. difficile</i> | Vacomycin | 1/3 | NAAT | toxinA+B | | ✓ |

3. 若檢驗試劑為陽性，因無法區辨為何種毒素，「試驗結果」需以**other**進行通報；若為陰性，則以**non**進行通報。

157

功能頁面導引

前次登入時間: 108/10/17 10:00:05
Hi, 醫院測試員 你好!!
台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統
登出



醫療照護
相關感染通報



抗生素抗藥性
管理通報



感染管制查核
作業系統



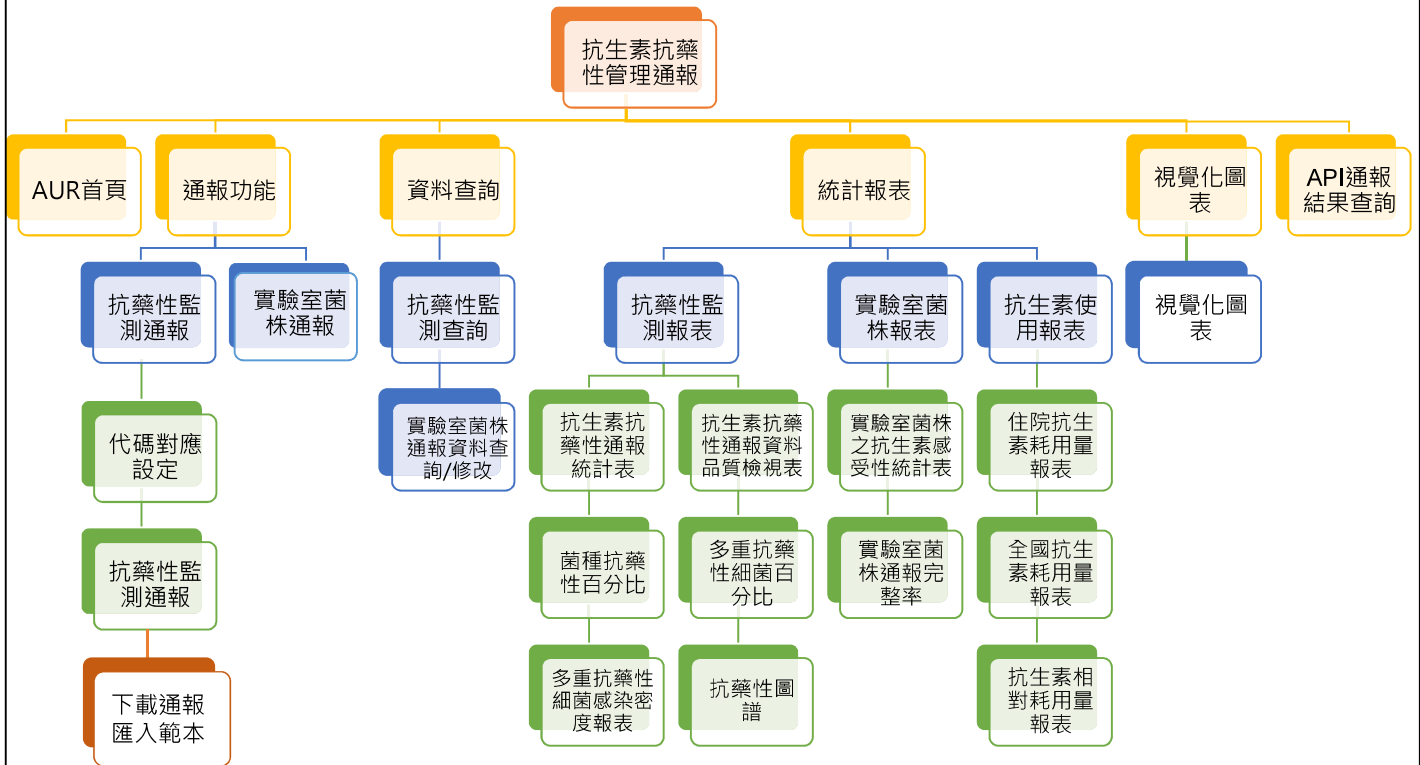
資料維護作業



系統管理

158

系統功能表-抗生素抗藥性管理通報系統



AUR首頁

前次登入時間: 108/11/26 14:36:00

Hi, 醫院測試員 你好!!

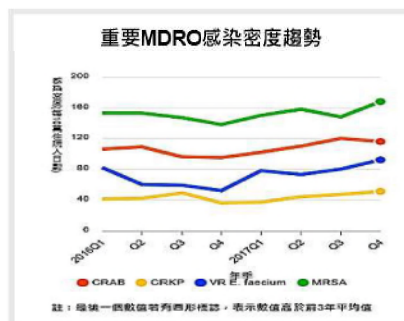
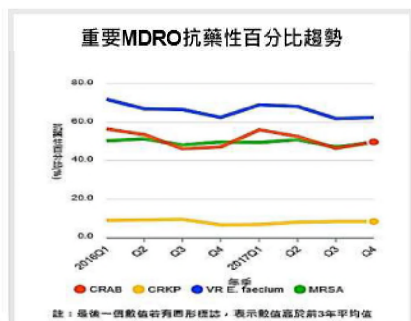
登出

台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統

[首頁](#)
[AUR首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢](#)
[統計報表](#)
[視覺化圖表](#)
[API通報結果查詢](#)
[說明文件](#)

儀表板

若貴院無通報資料則不會有趨勢圖，下圖為有通報數值之示意圖



貴院於2018年01月起開始通報

- 通報完整率:16.7%，還有很大進步空間，請加油努力改善! 😞
- 資料品質不良率:25.0%，還有很大進步空間，請加油努力改善! 😞

計算邏輯同說明事項

說明事項

抗生素抗藥性監測報表數值，均由貴院通報資料依歸併原則及計算邏輯進行整理分析所製。若貴院發現報表數值不合理，請先檢視貴院上傳之資料，必要時請重新上傳資料。

抗生素抗藥性資料歸併原則及計算邏輯

通報醫院家數統計資料

儀表板通報概況資料計算邏輯

待辦事項

未通報/通報不成功之年月清單

資料品質待確認清單

AUR待辦事項

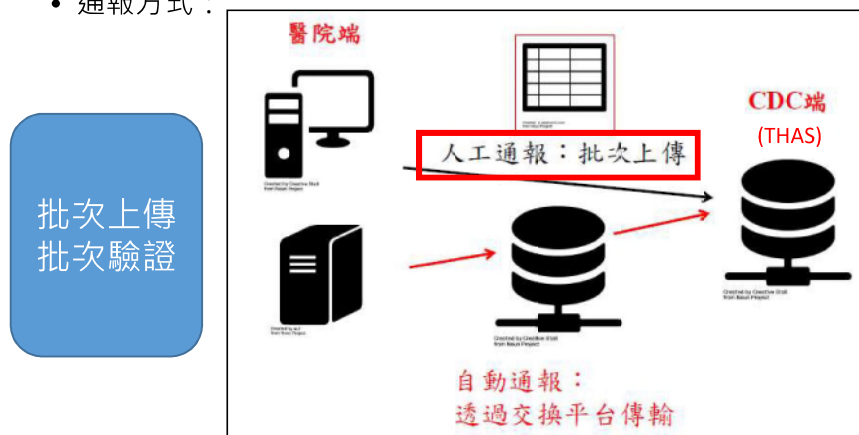
■ 項目說明：

| 類別 | 顯示時機 |
|----------------|---|
| 未通報/通報不成功之年月清單 | 1. 自初次通報月至前月未通報月份(黑字)及通報不成功年月(紅字) 2. 每月25日清查 |
| 資料品質待確認清單 | 醫院資料成功存入資料庫後，資料品質內容有誤時 |



系統簡介

- 監測項目：23項菌種或菌屬包含之任一菌種
- 通報方式：



- 通報範圍：實驗室檢驗資料(含住院、門急診)
- 通報頻率：以採檢日期年月為基準，每月20日前通報前月資料

抗藥性監測通報流程(人工批次上傳)

步驟：

- 菌種、抗生素、病房代碼檔維護
- 下載通報資料範本及建立通報資料
- 代碼對應設定
- 通報流程(含零通報)
- 通報資料查詢

163

抗藥性監測通報下載通報資料範本

The screenshot shows the AUR system interface. The top navigation bar includes: 首頁, AUR首頁, 通報功能, 資料查詢, 統計報表, 視覺化圖表, and 說明文件. Under '通報功能', there are two sub-menus: '抗藥性監測通報' and '實驗室菌株通報'. The '抗藥性監測通報' sub-menu is expanded, showing '下載通報匯入範本', '代碼對應設定', and '抗藥性監測通報'. The '下載通報匯入範本' sub-menu is further expanded, showing '下載通報匯入範本-csv' and '下載通報匯入範本-xls'. A red box highlights the '抗藥性監測通報' sub-menu and its expanded options. A callout box points to the '抗藥性監測通報' option in the expanded sub-menu, containing the following steps:

通報步驟：
1. 下載通報資料範本
2. 代碼對應設定
3. 抗藥性監測通報

- 提供CSV及XLS格式2種範本供鍵入資料，分子及分母需使用同一格式範本上傳

您要開啟或儲存來自 192.168.173.25 的 抗藥性監測通報-匯入範本-csv.zip (666 個位元組)?

開啟(O)

儲存(S)

取消(C)

×

164

建立抗藥性監測通報資料

• 分子檔案

• 注意事項：
請勿編輯欄位名稱及調換欄位順序

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R |
|---|-------|-----|----|------|-------------|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------|---|---|
| 1 | 身分證字號 | 病歷號 | 性別 | 出生年月 | 前次出院(入院或就診) | 入院或就診(採檢病房) | 採檢科別 | 採檢日期 | 檢體代碼 | 菌株代碼 | 藥敏試驗 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏試驗 | 是否使用 | 中心導管(中心 | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

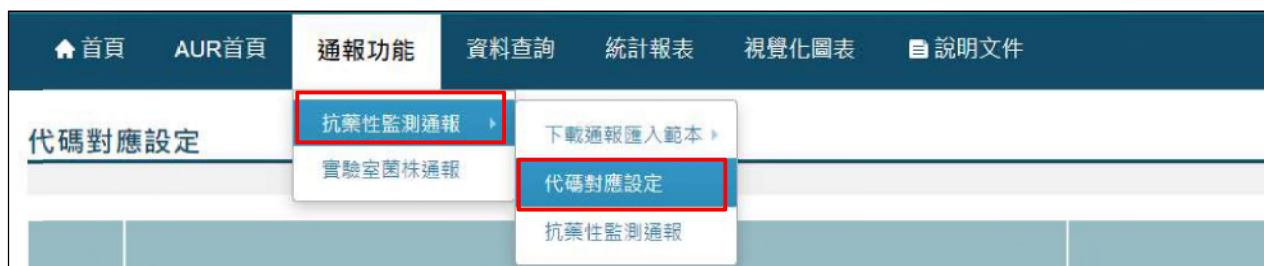
• 分母檔案

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|----|-----|----|-------|-------|-----------|----------|----------|
| 1 | 類型 | 病房別 | 科別 | 住院人日數 | 住院人次數 | 中心導管使用人日數 | 呼吸器使用人日數 | 導尿管使用人日數 |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |

165

代碼對應設定

通報功能頁面導引



166

代碼對應設定

設定步驟1

代碼對應設定

| | 代碼檔名稱 | 資料完整性 |
|----------------------------------|-----------|-------|
| <input type="button" value="編"/> | 入院或就診型態 | 不完整 |
| <input type="button" value="編"/> | 性別 | 不完整 |
| <input type="button" value="編"/> | 藥敏試驗抗生素代碼 | 不完整 |
| <input type="button" value="編"/> | 檢體代碼 | 不完整 |
| <input type="button" value="編"/> | 菌株代碼 | 不完整 |

- 入院或就診型態
- 性別
- 菌株代碼
- 檢體代碼
- 藥敏試驗抗生素代碼

- 初始「資料完整性」欄位會顯示不完整
- 點選「編」進入設定畫面

167

設定步驟2

方法1-使用醫院院內代碼進行轉換

- 於「輸入醫院使用代碼」一欄內輸入醫院使用代碼以進行代碼對應
- 點選「儲存」將資料存檔

代碼對應設定

THAS代碼或名稱

| <input type="checkbox"/> | THAS 代碼 | THAS 代碼名稱 | 輸入醫院使用代碼 |
|--------------------------|---------|------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inpatient | <input type="text" value="Add"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Outpatient | <input type="text" value="OPD"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Emergency | <input type="text" value="ER"/> |

168

方法2-使用THAS代碼進行對應

代碼對應設定

THAS代碼或名稱

選取

| <input type="checkbox"/> | THAS 代碼 | THAS 代碼名稱 | 輸入醫院使用代碼 |
|--------------------------|---------|------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Inpatient | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Outpatient | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Emergency | 3 |

複製 THAS 代碼 儲存 重設 回上頁

- 狀況1：
院內代碼
與THAS
完全相同

- 若院內代碼與THAS
完全相同，可直接點
選「複製THAS代碼」
- 若有部分不同，可單
獨編輯該項
- 點選「儲存」將資料
存檔

- 狀況2：
院內代碼
與THAS
部分相同

THAS代碼或名稱

選取

| <input type="checkbox"/> | THAS 代碼 | THAS 代碼名稱 | 輸入醫院使用代碼 |
|-------------------------------------|---------|------------|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | Inpatient | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Outpatient | OPD |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | Emergency | 3 |

複製 THAS 代碼 儲存 重設 回上頁

169

完成代碼對應

- 顯示「完整」字樣表示該
項目已完成代碼對應
- 請逐項完成代碼對應

代碼對應設定

| 代碼名稱 | 代碼名稱 | 資料完整性 |
|-------------|------|-------|
| 編 入院或就診型態 | | 完整 |
| 編 性別 | | 不完整 |
| 編 藥敏試驗抗生素代碼 | | 不完整 |
| 編 檢體代碼 | | 不完整 |
| 編 菌株代碼 | | 不完整 |

170

完成所有代碼對應

代碼對應設定

| | 代碼檔名稱 | 資料完整性 |
|---|-----------|-------|
| 編 | 入院或就診型態 | 完整 |
| 編 | 性別 | 完整 |
| 編 | 藥敏試驗抗生素代碼 | 完整 |
| 編 | 檢體代碼 | 完整 |
| 編 | 菌株代碼 | 完整 |

- 所有設定顯示「完整」字樣後，即完成所有代碼之對應，可開始進行通報

171

抗藥性監測通報流程(含零通報)

通報功能頁面導引



172

已建立完成之通報資料

• 分子檔案

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | |
|---|-------|------|----|---------|------------|------------|---------|------|------|------------|------|---------|-------|-------|--------|---|
| 1 | 身份證字號 | 病歷號 | 性別 | 出生年月 | 前次出院日期 | 入院或就診日期 | 入院或探檢病房 | 探檢科別 | 探檢日期 | 檢體代碼 | 菌株代碼 | 藥敏試驗抗 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏 | |
| 2 | AA | 1234 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 1 | ICU | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00002 | I-001 | Disk | toxinA | |
| 3 | AA | 1235 | F | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 1 | A01 | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00172 | M-001 | MIC | S | 4 |
| 4 | AA | 1236 | F | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00002 | M-001 | Etest | I | 8 |
| 5 | AA | 1237 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00085 | M-001 | EIA | other | |
| 6 | AA | 1238 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/19 | SP01 | FP00017 | I-001 | Disk | R | |

• 分母檔案

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|---|----|-----|----|-------|-------|-----------|----------|----------|
| 1 | 類型 | 病房別 | 科別 | 住院人日數 | 住院人次數 | 中心導管使用人日數 | 呼吸器使用人日數 | 導尿管使用人日數 |
| 2 | 2 | ICU | | 200 | 10 | | | |
| 3 | 2 | A01 | | 200 | 10 | | | |
| 4 | 3 | | | 400 | 20 | | | |

173

匯入分子及分母檔案

抗藥性監測通報

※ 進行資料匯入時，系統會將該年月原有資料刪除

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

1 採檢年月 102 年 5 月

是否為零通報 否 是

2 上傳指標分子資料 選擇檔案 未選擇任何檔案

上傳指標分母資料 選擇檔案 未選擇任何檔案

3 匯入 重設

- 設定採檢年月(資料內採檢日之年月)
- 上傳分子分母檔(需一併上傳)
- 匯入資料
- 分子及分母檔案格式需一致

174

失敗狀況1-代碼轉換失敗

代碼轉換失敗！ 請依錯誤訊息檢視並修正代碼對應設定及通報資料！

抗藥性監測通報
 分子資料筆數：5 分母資料筆數：3
 分子代碼轉換成功筆數：4
 分子代碼轉換失敗筆數：1
 分母代碼轉換成功筆數：3
 分母代碼轉換失敗筆數：0

分子轉換：

第 3 列：【病歷號碼：1235】
 [菌株代碼]欄位值[FP00172]未存在於「菌種維護」清單中

分母轉換：

關閉視窗

- 代表意涵：通報資料裡面含有未存在貴院菌種維護清單之代碼
- 解決方式：若不是資料錯誤則須至菌種維護功能新增該菌資料，再至代碼對應設定完成該菌代碼對應

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | |
|---|-------|------|----|---------|------------|------------|---------|------|------|------------|------|----------------|-------|-------|--------|---|
| 1 | 身份證字號 | 病歷號 | 性別 | 出生年月 | 前次出院日期 | 入院或就診日期 | 入院或探檢病房 | 探檢科別 | 探檢日期 | 檢體代碼 | 菌株代碼 | 藥敏試驗抗 | 試驗方式 | 試驗結果 | 筆數 | |
| 2 | AA | 1234 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 1 | ICU | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00002 | I-001 | Disk | toxinA | |
| 3 | AA | 1235 | F | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 1 | A01 | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00172 | M-001 | MIC | S | 4 |
| 4 | AA | 1236 | F | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00002 | M-001 | Etest | I | 8 |
| 5 | AA | 1237 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00085 | M-001 | EIA | other | |
| 6 | AA | 1238 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/19 | SP01 | FP00017 | I-001 | Disk | R | |

處理方式

步驟1-進行菌種維護，步驟如P.54-P.62

步驟2-進行代碼對應設定，步驟如P.166-P.170

代碼對應設定

| | 代碼權名稱 | 資料完整性 |
|-------------------------------------|-----------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 入院或就診型態 | 完整 |
| <input type="checkbox"/> | 性別 | 完整 |
| <input type="checkbox"/> | 藥敏試驗抗生素代碼 | 完整 |
| <input type="checkbox"/> | 檢體代碼 | 完整 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 菌株代碼 | 不完整 |

- 若院內代碼與 THAS代碼相同，勾選該菌，按「複製THAS代碼」後儲存即可
- 若院內代碼與 THAS代碼不相同，輸入貴院代碼後儲存



代碼對應設定

THAS代碼或名稱:

| <input type="checkbox"/> | THAS 代碼 | THAS 代碼名稱 | 輸入醫院使用代碼 |
|--------------------------|---------|--------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | FP00172 | Campylobacter spp. | <input type="text"/> |

失敗狀況2-檢核失敗

匯入檢核失敗！請依錯誤訊息檢視並修正通報資料！

抗藥性監測通報
分子上傳筆數：5
分子檢核成功筆數：4
分子檢核失敗筆數：1

分母上傳筆數：3
分母檢核成功筆數：3
分母檢核失敗筆數：0

- 通報資料概況資訊
- 依訊息修正錯誤資料
- 只要匯入失敗，分子分母全不會進入資料庫，須全數重傳

• 邏輯錯誤原因

分子匯入：

第 2 列：【病歷號碼：1234】

[試驗結果]欄位值[toxinA][試驗方式]、[試驗結果]、[藥敏試驗數值]欄位值有誤：當[試驗方式]為MIC、Etest、Disk時，[試驗結果]僅可填R、I、S、SDD、NS，且[試驗方式]為Disk時，[藥敏試驗數值]需為正整數或零，且不可有>、<、=等符號；[試驗方式]為CCNA、EIA、NAAT時，[試驗結果]僅可填non、toxinA、toxinB、toxinA+B、other。

• 資料錯誤所在列數

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | |
|---|-------|------|----|---------|------------|------------|---------|------|------|------------|------|---------|-------|-------|--------|---|
| 1 | 身份證字號 | 病歷號 | 性別 | 出生年月 | 前次出院日期 | 入院或就診日期 | 入院或就診病房 | 採檢科別 | 採檢日期 | 檢體代碼 | 菌株代碼 | 藥敏試驗抗 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏 | |
| 2 | AA | 1234 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 1 | ICU | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00002 | I-001 | Disk | toxinA | |
| 3 | AA | 1235 | F | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 1 | A01 | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00172 | M-001 | MIC | S | 4 |
| 4 | AA | 1236 | F | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00002 | M-001 | Etest | I | 8 |
| 5 | AA | 1237 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00085 | M-001 | EIA | other | |
| 6 | AA | 1238 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/19 | SP01 | FP00017 | I-001 | Disk | R | |

177

修正錯誤資料後再上傳

分子資料

| 身份證字號 | 病歷號 | 性別 | 出生年月 | 前次出院日期 | 入院或就診日期 | 入院或就診病房 | 採檢科別 | 採檢日期 | 檢體代碼 | 菌株代碼 | 藥敏試驗抗 | 試驗方式 | 試驗結果 | 藥敏試驗數 | |
|-------|------|----|---------|------------|------------|---------|------|------|------------|------|---------|-------|-------|-------|---|
| AA | 1234 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 1 | ICU | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00002 | I-001 | Disk | R | |
| AA | 1235 | F | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 1 | A01 | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00172 | M-001 | MIC | S | 4 |
| AA | 1236 | F | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00002 | M-001 | Etest | I | 8 |
| AA | 1237 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/20 | SP01 | FP00085 | M-001 | EIA | other | |
| AA | 1238 | M | 2013/05 | 1900/01/01 | 2013/05/20 | 2 | | 00 | 2013/05/19 | SP01 | FP00017 | I-001 | Disk | R | |

分母資料

| 類型 | 病房別 | 科別 | 住院人日數 | 住院人次數 | 中心導管使用人日數 | 呼吸器使用人日數 | 導尿管使用人日數 |
|----|-----|----|-------|-------|-----------|----------|----------|
| 2 | ICU | | 200 | 10 | | | |
| 2 | A01 | | 200 | 10 | | | |
| 3 | | | 400 | 20 | | | |

178

上傳成功

匯入成功!

匯入檢核及歸件結果!

抗藥性監測通報
資料匯入時間：2019-12-09 10:15:09
分子上傳筆數：5
分子實際匯入筆數：5
分子重覆筆數：0

分母上傳筆數：3
分母實際匯入筆數：3

請注意!爾後資料上傳請務必依『去重覆邏輯』進行研判，
避免上傳重覆資料。

• 請務必下載此檔案
檢視通報資料
之合理性

提供此次成功上傳資料之「資料品質檢視表」，請檢視其合理性，表中「*」處若有數值，表示貴院上傳此資料內容絕對錯誤；有「#」之比率若為0，表示該項資料錯誤可能性大。請貴院務必檢視資料之正確性並重新上傳資料。

此次通報資料品質檢視表請下載檢視

關閉視窗

您要開啟或儲存來自 192.168.173.25 的 19997_AR品質檢視表2013年5月.xls?

開啟(O)

儲存(S)

取消(C)

179

零分子資料通報方式

抗藥性監測通報

※ 進行資料匯入時，系統會將該年月原有資料刪除

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

採檢年月 103 年 1 月

是否為零通報 否 是 1

上傳指標分子資料

上傳指標分母資料 抗藥性監測通報(...人副本.xls) 2

• 若無分子資料，可
點選「零通報」，
但分母仍需上傳。

匯入成功!

匯入檢核及歸件結果!

抗藥性監測通報
資料匯入時間：2019-12-09 10:17:14
零通報

分母上傳筆數：3
分母實際匯入筆數：3

請注意!爾後資料上傳請務必依『去重覆邏輯』進行研判，
避免上傳重覆資料。

提供此次成功上傳資料之「資料品質檢視表」，請檢視其合理性，表中「*」處若有數值，表示貴院上傳此資料內容絕對錯誤；有「#」之比率若為0，表示該項資料錯誤可能性大。請貴院務必檢視資料之正確性並重新上傳資料。

若分子檔案為零通報，則不提供「資料品質檢視表」。

• 若為「零通報」
不提供「資料品
質檢視表」。

180

次月再次通報可能遇到之問題

- A. 資料內含未維護之菌種或抗生素：以菌種為例，需進行：
- 1) 菌種維護：步驟如P.54-P.62
 - 2) 代碼對應設定：步驟如P.166-P.170

代碼轉換失敗！請依錯誤訊息檢視並修正代碼對應設定及通報資料！

抗藥性監測通報
分子資料筆數：5 分母資料筆數：3
分子代碼轉換成功筆數：4
分子代碼轉換失敗筆數：1
分母代碼轉換成功筆數：3
分母代碼轉換失敗筆數：0

分子轉換：

第 2 列：【病歷號碼：1234】
[菌株代碼]欄位值[FP00999]未存在於「菌種維護」清單中

分母轉換：

關閉視窗

- 通報資料含有未存在於貴院建立之菌種及抗生素表單之菌種或抗生素
- 可由提示訊息瞭解尚須維護何種菌種或抗生素，經維護後，並完成代碼對應設定，即可再次上傳資料

181

- B. 代碼對應未完成即通報：以菌株為例，需進行代碼對應設定，步驟如P.166-P.170

抗藥性監測通報

※ 進行資料匯入時，系統會將該年月原有資料刪除

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

代碼對應設定不完整，系統將切換至代碼對應設定功能，請先完成設定。

上傳指標： [選擇檔案] 未選擇任何檔案

匯入 重設

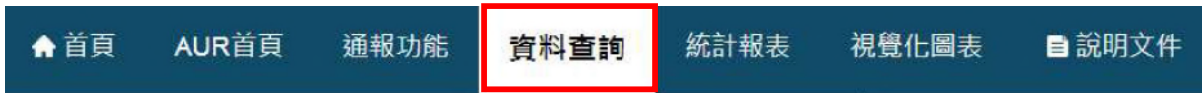
- 雖已維護新菌種或新抗生素，但未完成代碼對應設定下即進行通報，系統將導回代碼對應功能設定畫面，完成設定後即可上傳資料

代碼對應設定

| | 代碼欄名稱 | 資料完整性 |
|---|-----------|-------|
| 編 | 入院或就診型態 | 完整 |
| 編 | 性別 | 完整 |
| 編 | 藥敏試驗抗生素代碼 | 完整 |
| 編 | 檢體代碼 | 完整 |
| 編 | 菌株代碼 | 不完整 |

182

抗藥性監測查詢



抗藥性監測查詢

醫療院所: 9999999166 CDC測試醫院 1

醫療層級: 區域醫院

區管中心: 疾病管制署臺北區管制中心

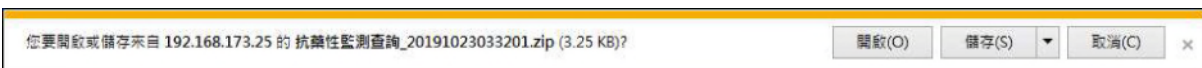
縣市: 台北市

採檢年月: 102 年 1 月 ~ 102 年 1 月

匯出格式: XLS ODS

※ 解壓縮密碼為登入者身分證字號，英文字母須大寫

- 設定下載資料區間
- 按匯出下載
- 解壓縮密碼為使用者PID，英文需大寫



抗藥性監測通報修訂內容

- AR分母邏輯新增：各病房人日數之加總或各科別人日數之加總均不可大於全院人日數。
 - 除非貴院病房維護檔包含全院所有病房且全數通報時，全院住院人日數才會等於病房住院人日數總和。
- 品質檢視表增加判斷：ID第二碼與性別研判邏輯新增8應對應為男性、9應對應為女性(此為外來人口統一證號邏輯，內政部移民署將於110年換發)。

實驗室菌株通報-1

Navigation bar: 首頁 | AUR首頁 | **通報功能** | 資料查詢 | 統計報表 | 視覺化圖表 | 說明文件

Sub-menu: 抗藥性監測通報 | **實驗室菌株通報**

Form fields: 醫療院所: 9999999166 CDC測試醫院; 採檢年季: 108 年第 1 季; 單位: 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢; 檢體種類: 未分類 血液 尿液

Buttons: **新增** (highlighted), 重設

Message: 系統已有資料，請至「實驗室菌株資料查詢/修改」功能中進行修改

Buttons: 新增, 重設

Page number: 185

- 設定新增資料區間及條件後點新增可進入新增頁面
- 若設定的新增資料區間及條件已於系統有資料，請至「實驗室菌株通報資料查詢/修改」

實驗室菌株通報-2

Form fields: 醫療院所: 9999999166 CDC測試醫院; 採檢年季: 108 年第 1 季; 單位: 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢; 檢體種類: 未分類 血液 尿液

Buttons: **儲存** (highlighted), 重設, 回上頁

Message: 輸入欲新增的資料後儲存即可完成新增

菌種: *Aeromonas caviae* 總菌株數: 23

| 抗生素 | S 菌株數 | Non-S 菌株數 | 檢測菌株數 | 是否檢測 |
|----------------------------------|-------|-----------|-------|---|
| Amoxicillin/Sulbactam | 20 | 3 | 23 | |
| Amoxicillin/Clavulanic acid(AMC) | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 未檢測 |

Page number: 186

實驗室菌株通報資料查詢/修改-1

首頁 AUR首頁 通報功能 **資料查詢** 統計報表 視覺化圖表 說明文件

抗藥性監測查詢

實驗室菌株通報資料查詢/修改



實驗室菌株通報資料查詢/修改

醫院院所 9999999166 CDC測試醫院
採檢年季 108 年第 1 季 ~ 108 年第 1 季
單位 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢
檢體種類 未分類 血液 尿液
匯出格式 XLS ODS

查詢

匯出

重設

- 設定下載資料區間
- 按匯出下載

您要開啟或儲存來自 192.168.173.25 的 抗藥性監測查詢_20191023033201.zip (3.25 KB)?

開啟(O)

儲存(S)

取消(C)

187

實驗室菌株通報資料查詢/修改-2

實驗室菌株通報資料查詢/修改

醫院院所 9999999166 CDC測試醫院
採檢年季 108 年第 1 季 ~ 108 年第 1 季
單位 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢
檢體種類 未分類 血液 尿液
匯出格式 XLS ODS

查詢

匯出

重設

- 設定查詢資料區間
- 於要修改的資料前點「編」可進入修改頁面

實驗室菌株通報資料查詢/修改

醫院院所 9999999166 CDC測試醫院
採檢年季 108 年第 1 季 ~ 108 年第 1 季
單位 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢
檢體種類 未分類 血液 尿液
匯出格式 XLS ODS

查詢

匯出

重設

[1] 【每頁 20 筆，第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| | 醫療院所 | 年度 | 季 | 單位 | 檢體種類 |
|----------|---------|-----|---|----|------|
| 編 | CDC測試醫院 | 108 | 1 | 全院 | 未分類 |

188

實驗室菌株通報資料查詢/修改-3

實驗室菌株通報資料查詢/修改

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院
採檢年月 108 年第 1 季
單位 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢
檢體種類 未分類 血液 尿液

儲存

回上頁

• 輸入欲修改的資料後點
儲存即可完成修改

菌種: *Aeromonas caviae*

總菌株數: 25

| 抗生素 | S 菌株數 | Non-S 菌株數 | 檢測菌株數 | 是否檢測 |
|----------------------------------|-------|-----------|-------|---|
| Amoxicillin/Sulbactam | 20 | 5 | 25 | |
| Amoxicillin/Clavulanic acid(AMC) | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 未檢測 |

189

常見問題

190

AR通報應注意事項-1

Q：病房維護問題。

A：資料上傳前，請務必確認欲通報資料中之病房代碼已於THAS病房維護設定，且其採檢日期範圍需於病房開設期間內；科別的部分，若為細分科，請對應至健保就醫科別通報 (Table 9128)。
(本系統所需所有代碼相關表格可於THAS首頁左側檔案下載區取得)。

Q：需填報試驗結果為何之資料？

A：所有資料 (包含NS、R、I、SDD及S) 均需通報。

Q：發現資料少傳要補傳，是否僅需再上傳漏傳的部分？

A：相同採檢年月之分子及分母資料需全數(包含已傳的部分)一起重傳。

191

AR通報應注意事項-2

Q：「入院或就診型態」填報原則。

A：1. 「入院或就診型態」之歸類取決於採檢行為發生於何處，如：病人經由急診入院，若於急診處採檢，即視為急診病人；於病房處採檢則為住院病人。
2. 「入院或就診型態」為1 (Inpatient)，則「採檢病房別」必填，若「入院或就診型態」為2 (Outpatient) 及3 (Emergency)，則「採檢病房別不可填寫任何資料及空白鍵」。

Q：所使用之 *Clostridioides difficile* 毒素檢測試劑，無法區分為何種毒素，怎通報資料？

A：若檢測為陽性，但無法區分ToxinA、ToxinB或ToxinA+B等毒素，請填報「Other」

192

AR通報應注意事項-3

Q：「檢體代碼」、「菌株代碼」及「藥敏試驗抗生素代碼」填報原則。

A：抗生素抗藥性通報結果應有具體檢體、菌株名稱、藥敏試驗抗生素結果，故應有確切對應之檢體、菌株、抗生素代碼。

•舉例說明：

1. 檢體代碼：不可設定為SP08(為無檢體)、SP98(為未分類)等；
2. 菌株代碼：不可設定為ZP00001(為No growth)等；
3. 藥敏試驗抗生素代碼：不可設定為Z-001(為None)等。

193

AR通報應注意事項-4

Q：「試驗方式」與「藥敏試驗數值」填報原則。

- A：
1. 應按實際試驗方式上傳資料，如：原試驗方式為「MIC」，但因無法取得可信結果而改採Disk之方法進行試驗，於通報資料前需將試驗方法修正為「Disk」再上傳。
 2. 當「試驗方式」為「MIC或Etest」時，「藥敏試驗數值」為必填，其內容值需符合國際公認之標準指引（如：CLSI）及醫院檢驗方式。
 3. 若為複方之抗生素，其「藥敏試驗數值」請以「/」合併呈現（如：2/38）。
 4. 若有特殊情形，如：腸球菌對Gentamicin High (G-004)及Streptomycin High (S-002)，因部分自動化微生物分析儀於此項「藥敏試驗數值」註記為「SYN-R」或「SYN-S」，無法通報數值時，藥敏試驗數值可通報「SYN-R」或「SYN-S」。

194

AR通報應注意事項-5

Q：分母資料填報原則。

- A：1. 「類型」分「1」（科別）、「2」（病房別）及「3」（全院），不論有否檢驗、試驗結果如何，所有住院病人均納入計算。
2. 需與分子同時上傳。
3. 住院人日數之計算為算進不算出；住院人次數之計算，若出院後再次入院，住院人次數另計1人次；跨科借床時，科別請以就醫之科別作計算，非借床單位之科別。
4. 同一年月，「類型」為3（全院）只能有1筆資料，且分母通報的病房別須至少包含分子通報的所有病房別。

195

AR通報應注意事項-6

Q：「人工批次上傳」於資料上傳完成可立即看到上傳是否成功及檢核訊息，若採「自動交換平台」方式傳輸，怎麼獲得相關資訊？

A：請申請疾管署「防疫資訊平台-監控網站」使用權限，並開通「抗生素抗藥性管理」模組權限，即可由網站得知上傳資料之筆數及系統檢核資訊或設定以電子郵件傳送檢核信件，操作流程如下頁。

- 另提醒您：有關抗生素抗藥性管理通報系統新增系統功能、相關通報注意事項以及工作說明書，相關文件已置於[疾管署全球資訊網\(專業版 > 感染管制及生物安全 > 抗生素抗藥性管理 > 抗生素抗藥性管理通報系統 > 資訊開發作業文件\)](#)或THAS首頁之檔案下載區下載。

• 提醒：自109年起，醫院資料若使用自動上傳，僅能採用WebAPI方式，不可再申請透過Gateway方式上傳。

196

第一堂結束

197

課程大綱

| | 項目 | 課程內容 |
|-----|------------------------------------|--|
| 第一場 | PART 1 系統管理及維護 | 1.帳號相關(含帳號申請、權限變更、帳號清查...) 2.通報項目維護(含病房維護、菌種維護等...) |
| | PART 2 HAI通報及查詢 | 含個案、月維護、手術個案等通報查詢及品質檢視 |
| | PART 3 AR通報及查詢 | AR通報查詢功能及通報品質檢視 |
| 第二場 | PART 4 THAS報表操作說明 | 1.AUR報表查詢 2.HAI報表查詢 |
| | PART 5 宣導事項 | WebAPI概述等其他注意事項 |
| | PART 6 測驗 | 課後測驗 |

198

抗生素抗藥性管理通報制式報表

歸件原則及計算邏輯說明

儀表板

重要MDRO抗藥性百分比趨勢
貴院尚無通報紀錄，請盡速通報！

重要MDRO感染密度趨勢
貴院尚無通報紀錄，請盡速通報！

貴院於 2017 年 01 月起開始通報

- 通報完整率:16.7% · 還有很大進步空間，請加油努力改善！ 😞
- 資料品質不良率:25.0% · 還有很大進步空間，請加油努力改善！ 😞

計算邏輯同說明事項

說明事項

抗生素抗藥性監測報表數值，均由貴院通報資料依歸件原則及計算邏輯進行整理分析所製。若貴院發現報表數值不合理，請先檢視貴院上傳之資料，必要時請重新上傳資料。

抗生素抗藥性資料歸件原則及計算邏輯

通報醫院家數統計資料

儀表板通報概況資料計算邏輯

待辦事項

未通報/通報不成功之年月清單

資料品質待確認清單

199

儀表板通報概況資料計算邏輯

醫療機構、衛生局、區管中心

儀表板通報概況資料計算邏輯

■ 通報完整率公式

$$= \text{實際通報年月數} / \text{應通報年月數} \times 100$$

■ 資料品質不良率公式(品質檢視表)

$$= \text{有註記欄位數值異常之年月數} / \text{有通報年月數} \times 100$$

➢ 數值異常定義：任一*註記欄位數值>0 或 #註記欄位數值=0 (p.185)

*身分證編碼格式中身分證第2碼與性別一致性檢視不一致(%)

*年齡層分布(%)<0

*入院或就診日期小於出生年月之比率(%)

*前次出院日期小於出生年月之比率(%)

*檢體類別(%)為未檢驗

#抗藥性檢測(S)(%)

200

通報醫院家數統計資料

通報醫院家數統計

| 醫療層級別 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 107年 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 醫學中心 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 區域醫院 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 |
| 地區醫院 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 全國 | 1 | 0 | 0 | 3 | 5 | 0 |

| 區域別 | 縣市別 | 102年 | 103年 | 104年 | 105年 | 106年 | 107年 |
|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| 臺北區 | 台北市 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | 基隆市 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 新北市 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| | 宜蘭縣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 金門縣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 連江縣 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 小計 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| 新竹市 | 新竹市 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 桃園市 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |

201

歸件原則及計算邏輯說明

抗生素抗藥性資料歸件原則及計算邏輯

附件

抗藥性百分比 = 分子/分母*100%

以欲探討「每月」的「單一菌種抗藥性百分比」為例：

分母：即以同一醫院「同年月」同病人之單一菌種檢驗單一抗生素為基準，選擇每月第一筆採檢日之資料歸件，若相同採檢日有 2 筆及以上之資料，則依檢驗結果 NS > R > I > SDD > S 順序選取 1 筆資料。

分子：即分母歸件資料中，檢驗結果為「NS、R、I、SDD」者

(1) 單一菌種抗藥性百分比

- 分子：分母歸件者中單一菌種對單一抗生素「最終試驗結果」為「NS、R、I、SDD」之菌株數
- 分母：歸件者中單一菌種對單一抗生素之總菌株數

(2) 多重抗藥性細菌抗藥性百分比【多重抗藥性細菌種類請參考附件】

- 分子：分母歸件者中單一 MDRO(或其次分型)「最終試驗結果」為「NS、R、I、SDD」之菌株數
- 分母：歸件者中單一 MDRO(或其次分型)之總菌株數
- 特殊 MDRO 分子計算
 - VISA 分子：分母歸件者中檢測 Vancomycin 對 SA 之「最終試驗結果」為「I、SDD」之菌株數
 - VRSA 分子：分母歸件者中檢測 Vancomycin 對 SA 之「最終試驗結果」為「NS、R」之菌株數

多重抗藥性細菌

(參照 TNIS 現有分析定義；VISA/VRSA 則參照法備定義)

| | |
|---|---|
| 1. Carbapenem-resistant <i>Acinetobacter baumannii</i> (CRAB) | (1) AB(<i>Acinetobacter baumannii</i>)菌包含 TNIS 通報菌種 <i>Acinetobacter baumannii</i> 、 <i>Acinetobacter calcoaceticus</i> 及 <i>Acinetobacter calcoaceticus-Acinetobacter baumannii</i> complex； (2) CRAB：對 carbapenem 類中的 imipenem 或 meropenem 任一抗生素具抗藥性 AB。 |
| 2. Carbapenem-resistant <i>Enterobacteriaceae</i> (CRE) | (1) 腸道菌包含 TNIS 通報 <i>Enterobacter</i> 、 <i>Escherichia</i> 、 <i>Citrobacter</i> 、 <i>Serratia</i> 、 <i>Proteus</i> 、 <i>Providencia</i> 、 <i>Klebsiella</i> 、 <i>Morganella</i> 、 <i>Salmonella</i> 、 <i>Shigella</i> 、 <i>Yersinia</i> 等屬； (2) CRE：對 carbapenem 類中的 imipenem、meropenem 或 ertapenem 任一抗生素具抗藥性之 <i>Enterobacteriaceae</i> 。 |
| 3. Carbapenem-resistant <i>Escherichia coli</i> (CR <i>E. coli</i>) | (1) <i>E. coli</i> (<i>Escherichia coli</i>) 包含 TNIS 通報菌種 <i>Escherichia coli</i> (ESBQ) 及 <i>Escherichia coli</i> ； (2) CR <i>E. coli</i> ：對 carbapenem 類中任一抗生素具抗藥性之 <i>E. coli</i> 。 |
| 4. Carbapenem-resistant <i>Enterococcus</i> | (1) <i>Enterococcus</i> spp 和 <i>Enterococcus raffinosus</i> ；而 <i>Enterococcus casseliflavus</i> 和 <i>Enterococcus gallinarum</i> 因菌種特性，通常不被認為是真的 VRE； (2) VRE：對 vancomycin 具抗藥性之 <i>Enterococci</i> 。 |
| 7. Vancomycin-resistant <i>Enterococcus faecium</i> (VR <i>E. faecium</i>) | (1) <i>E. faecium</i> 為 TNIS 通報菌種 <i>Enterococcus faecium</i> ； VR <i>E. faecium</i> ：對 vancomycin 具抗藥性之 <i>Enterococcus faecium</i> 。 |
| 8. Vancomycin-resistant <i>Enterococcus faecalis</i> (VR <i>E. faecalis</i>) | (1) <i>E. faecalis</i> 為 TNIS 通報菌種 <i>Enterococcus faecalis</i> ； (2) VR <i>E. faecalis</i> ：對 vancomycin 具抗藥性之 <i>Enterococcus faecalis</i> 。 |
| 9. Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) | (1) SA 為 TNIS 通報菌種 <i>Staphylococcus aureus</i> ； (2) MRSA：對 oxacillin 具抗藥性之 SA。 |
| 10. Vancomycin-intermediate <i>Staphylococcus aureus</i> (VISA) | (1) SA 為 TNIS 通報菌種 <i>Staphylococcus aureus</i> ； (2) VISA：對 vancomycin 具中度抗藥性(I)之 <i>Staphylococcus aureus</i> 。 |
| 11. Vancomycin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (VRSA) | (1) SA 為 TNIS 通報菌種 <i>Staphylococcus aureus</i> ； (2) VRSA：對 vancomycin 具抗藥性(R)之 <i>Staphylococcus aureus</i> 。 |

【若試驗結果為 NS 者視為 R】

202

制式報表種類一覽-1

Navigation menu: 首頁, AUR首頁, 通報功能, 資料查詢, 統計報表, 視覺化圖表, 說明文件

統計報表 dropdown menu:

- 抗藥性監測報表
 - 抗生素抗藥性通報統計表
- 實驗室菌株報表
 - 抗生素抗藥性通報資料品質檢視表
- 抗生素使用報表
 - 菌種抗藥性百分比
 - 多重抗藥性細菌百分比
 - 多重抗藥性細菌感染密度報表
 - 抗藥性圖譜

203

制式報表種類一覽-2

Navigation menu: 首頁, AUR首頁, 通報功能, 資料查詢, 統計報表, 視覺化圖表, 說明文件

統計報表 dropdown menu:

- 抗藥性監測報表
- 實驗室菌株報表
 - 實驗室菌株之抗生素感受性統計表
 - 實驗室菌株通報完整率
- 抗生素使用報表

Navigation menu: 首頁, AUR首頁, 通報功能, 資料查詢, 統計報表, 視覺化圖表, 說明文件

統計報表 dropdown menu:

- 抗藥性監測報表
- 實驗室菌株報表
- 抗生素使用報表
 - 住院抗生素耗用量報表
 - 全國抗生素耗用量報表
 - 抗生素相對耗用量報表

204

抗生素抗藥性通報統計表

查詢頁面

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

抗生素抗藥性通報統計表

醫療層級
區域別
縣市別
醫院院所
日期 年 月 ~ 年 月
匯出格式 XLS ODS

- 設定下載資料區間
- 按列印或匯出下載

列印

匯出

重設

205

查詢結果

- 未接受補助：
 - 每月均須持續通報

抗生素抗藥性通報統計表

日期範圍：2019年1月 ~ 2019年6月

製表人：CDC測試醫院使用者

| 區域 | 醫療層級別 | 縣市 | 醫院名稱 | 有無受補助 | 項目 | 201901 | 201902 | 201903 | 201904 | 201905 | 201906 | 通報率(%) /符合狀況 註 |
|-----|-------|-----|---------|-------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------------|
| 臺北區 | 其他 | 台北市 | CDC測試醫院 | 無 | 是否通報 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 100 |
| | | | | | 通報項數 | 14 | - | - | 11 | 0 | 7 | N/A |

- 有接受補助：
 - 每月均須持續通報
 - 每月通報項數 >= 10項

抗生素抗藥性通報統計表

日期範圍：2019年1月 ~ 2019年6月

製表人：

| 區域 | 醫療層級別 | 縣市 | 醫院名稱 | 有無受補助 | 項目 | 201901 | 201902 | 201903 | 201904 | 201905 | 201906 | 通報率(%) /符合狀況 註 |
|-----|-------|-----|---------|-------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------------|
| 臺北區 | 其他 | 台北市 | CDC測試醫院 | 有 | 是否通報 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 有 | 100 |
| | | | | | 通報項數 | 14 | - | - | 11 | 0 | 7 | 不符合 |

206

抗生素抗藥性通報資料品質檢視表

查詢頁面

🏠 首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 📄 說明文件

抗生素抗藥性通報資料品質檢視表

醫療院所: 9999999166 CDC測試醫院

採檢年月: 108 年 1 月

匯出格式: XLS ODS

- 設定下載資料區間
- 按列印或匯出下載

207

查詢結果-1

| 抗生素抗藥性通報資料品質檢視表 | | | |
|------------------------|------|-----------------------------|------|
| CDC測試醫院 | | | |
| 2019年1月 | | | |
| 本月分子通報筆數 ^{註1} | 78 | 該院平均通報基準值 ^{註2} | 0~0 |
| 身分資料類型檢視(%) | | | |
| 身分證編碼格式 | 87.2 | 身分證編碼格式中身分證編碼第2碼與性別一致性檢視(%) | |
| AA | 6.4 | 一致 | 100 |
| BB | 3.8 | 一致 | 100 |
| CC | 2.6 | *不一致 | 0 |
| 其他格式 | 0 | | |
| 年齡層分布(%) | | | |
| *<0 | 0 | 45-64 | 21.8 |
| 0-4 | 6.4 | 65-84 | 35.9 |
| 5-14 | 0 | 85-99 | 16.7 |
| 15-24 | 0 | 100-120 | 0 |
| 25-44 | 19.2 | >120 | 0 |

208

查詢結果-2

| 入院或就診日期檢視結果 | | | |
|----------------------------------|------|---------------------------|----------|
| *入院或就診日期小於出生年月之比率(%) | | 0 | |
| 相同年月出現次數之比率(%) 【列出前4個比率最多之年月】 | | 入院或就診日期在該採檢日期前之比率(%) | |
| 2019/01 | 88.5 | <=1年 | 88.5 |
| 2016/11 | 11.5 | >1-2年 | 11.5 |
| | | >3-5年 | 0 |
| | | >5年 | 0 |
| 入院或就診型態及病房別檢視結果(%) | | | |
| 入院或就診型態之比率(%) | | 住院應有病房資料，門急診不應有病房資料之比率(%) | |
| 門診 | 46.2 | 正確 | 100 |
| 急診 | 37.2 | *不正確 | 0 |
| 住院 | 16.7 | | |

209

查詢結果-3

| 前次出院日期檢視結果 | | | |
|---------------------------------|------|-------------------------------------|----------|
| 無前次出院日期； 以1900/01/01表示之比率(%) | 35.9 | *前次出院日期小於 出生年月之比率(%) | 0 |
| 相同年月出現次數之比率(%)【列出前4個比率最多之年月】 | | | |
| 1900/01 | 35.9 | 2018/12 | 29.5 |
| 2019/01 | 23.1 | 2016/11 | 11.5 |
| 檢體類別(%) | | | |
| 血液 | 0 | 支氣管肺泡灌洗術 (BAL)或保護性檢體刷 取術(PSB) | 0 |
| 尿液 | 34.6 | 氣管內管抽吸(ETA) | 0 |
| 痰液 | 48.7 | 尿道拭子 | 0 |
| 膿或傷口 | 11.5 | 子管頸拭子 | 0 |
| 腦脊液 | 0 | 其他 | 0 |
| 糞便 | 5.1 | *無檢體 | 0 |
| 肋膜液 | 0 | | |

210

查詢結果-4

| 試驗結果 | | | |
|----------|------|----------|------|
| 抗藥性檢測數 | 74 | 毒性檢測數 | 4 |
| 抗藥性檢測(%) | | 毒性檢測(%) | |
| NS | 0 | ToxinA+B | 25.0 |
| R | 50.0 | ToxinA | 25.0 |
| I | 5.4 | ToxinB | 0 |
| SDD | 1.4 | other | 25.0 |
| *s | 43.2 | non | 25.0 |
| 空白 | 0 | 空白 | 0 |

上表中『*』處若有數值，表示貴院上傳此資料內容絕對錯誤；有『#』之比率若為0，表示該項資料錯誤可能性大。請貴院務必檢視資料之正確性並重新上傳資料。

註1：通報筆數係指已去除重複筆數之值

註2：通報基準值為『該院通報月前6個月之平均通報筆數-3倍標準差~前6個月之平均通報筆數+3倍標準差』

211

查詢結果-5(零通報)

🏠 首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 📄 說明文件

抗生素抗藥性通報資料品質檢視表

醫療院所 9999999166 CDC測試醫院

採檢年月 108 年 2 月

匯出格式 XLS ODS

列印 匯出 重設

CDC測試醫院 2019年2月 上傳分子檔案為零通報，故不提供「資料品質檢視表」

確定

• 若查詢當月為零通報，則不提供品質檢視表

212

菌種抗藥性百分比報表

查詢頁面

• 選取查詢條件

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

菌種抗藥性百分比

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

日期 年度 年季 年月

日期範圍 105 年 ~ 105 年

其他查詢條件(※ 其他查詢條件都不選擇時，為全院資料)

感染來源 社區相關感染 醫院相關感染

就醫類型 住院 急診 門診 病房類型 加護病房 非加護病房

感染部位 血流 尿道 肺炎 其他 檢體種類 血液 尿液 痰液 膿或傷口 糞便 其他

細菌種類

選取

抗生素

選取

匯出格式 XLS ODS

列印

匯出

重設

213

菌種抗藥性百分比報表

選取菌種

細菌種類

菌株名稱/代碼

查詢

重設

確定

[1] 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 14 筆】

| <input type="checkbox"/> | 代號 | 名稱 |
|-------------------------------------|---------|--|
| <input type="checkbox"/> | FP00002 | Acinetobacter baumannii |
| <input type="checkbox"/> | FP00006 | Aeromonas hydrophila |
| <input type="checkbox"/> | FP00085 | Clostridioides difficile\Clostridium difficile ; Bacillus difficilis ; Peptoclostridium cificile |
| <input type="checkbox"/> | FP00017 | Escherichia coli |
| <input type="checkbox"/> | FP00014 | Klebsiella aerogenes\Enterobacter aerogenes ; Aerobacter aerogenes |
| <input type="checkbox"/> | FP00021 | Klebsiella pneumoniae |
| <input type="checkbox"/> | FP00024 | Proteus mirabilis |
| <input checked="" type="checkbox"/> | FP00029 | Pseudomonas aeruginosa |

214

菌種抗藥性百分比報表

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

菌種抗藥性百分比

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

日期 年度 年季 年月

日期範圍 105 年 ~ 105 年

其他查詢條件(※ 其他查詢條件都不選擇時，為全院資料)

感染來源 社區相關感染 醫院相關感染

就醫類型 住院 急診 門診 病房類型 加護病房 非加護病房

感染部位 血流 尿道 肺炎 其他 檢體種類 血液 尿液 痰液 膿或傷口 糞便 其他

細菌種類 1. Pseudomonas aeruginosa

抗生素

匯出格式 XLS ODS

選取 選取

列印 匯出 重設

215

菌種抗藥性百分比報表

選取抗生素

抗生素項目

抗生素名稱/代碼 M-001

查詢 重設

確定 [1] 2 3 > >>

| <input type="checkbox"/> | 代號 | |
|--------------------------|-------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | A-012 | Amdinocillin |
| <input type="checkbox"/> | A-016 | Amikacin (AN) |
| <input type="checkbox"/> | A-023 | Amikacin high (1000) |
| <input type="checkbox"/> | A-018 | Amoxicillin (AMX) |
| <input type="checkbox"/> | A-009 | Amphotericin B |
| <input type="checkbox"/> | A-013 | Ampicillin (AM) |
| <input type="checkbox"/> | A-002 | Ampicillin/Subactam |

抗生素項目

抗生素名稱/代碼 I-001

查詢 重設

確定 [1]

| <input type="checkbox"/> | 代號 | |
|-------------------------------------|-------|-----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | M-001 | Meropenem (MEM) |

抗生素項目

抗生素名稱/代碼 I-001

查詢 重設

確定

| <input type="checkbox"/> | 代號 | |
|-------------------------------------|-------|----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | I-001 | Imipenem (IPM) |

216

菌種抗藥性百分比報表

查詢頁面

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

菌種抗藥性百分比

類別 全國報表 醫療院所別報表 報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

日期 年度 年季 年月 日期範圍 105 年 ~ 105 年

其他查詢條件(* 其他查詢條件都不選擇時，為全院資料)

感染來源 社區相關感染 醫院相關感染

就醫類型 住院 急診 門診 病房類型 加護病房 非加護病房

感染部位 血流 尿道 肺炎 其他 檢體種類 血液 尿液 痰液 膿或傷口 糞便 其他

細菌種類 1. Pseudomonas aeruginosa 抗生素 1. Imipenem (IPM) 2. Meropenem (MEM)

匯出格式 XLS ODS

列印 匯出 重設

- 設定下載資料區間及條件
- 按列印或匯出下載

217

查詢結果

醫療層級別 細菌種類之抗藥性百分比報表 **感染來源**

日期範圍：105 年 ~ 105 年

Pseudomonas aeruginosa

| 醫療層級別 | 抗生素項目 | 105年 | | | |
|-------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| | | 社區相關感染 | | 醫院相關感染 | |
| | | 總菌株數 | 抗藥性百分比(%) | 總菌株數 | 抗藥性百分比(%) |
| 醫學中心 | Imipenem | 9913 | 8.1 | 7643 | 12.3 |
| 區域醫院 | Imipenem | 10276 | 9.4 | 4731 | 12.9 |
| 地區醫院 | Imipenem | 5 | 0 | 0 | — |
| 全國 | Imipenem | 20194 | 8.8 | 12374 | 12.5 |
| 醫學中心 | Meropenem | 5951 | 5.3 | 3958 | 10.6 |
| 區域醫院 | Meropenem | 7590 | 8.0 | 3184 | 11.8 |
| 地區醫院 | Meropenem | 290 | 11.4 | 74 | 10.8 |
| 全國 | Meropenem | 13831 | 6.9 | 7216 | 11.1 |

多重抗藥性細菌百分比報表

查詢頁面

• 選取查詢條件

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

多重抗藥性細菌百分比

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

日期 年度 年季 年月

日期範圍 105 年 ~ 105 年

其他查詢條件(※ 其他查詢條件都不選擇時，為全院資料)

感染來源 社區相關感染 醫院相關感染

就醫類型 住院 急診 門診 病房類型 加護病房 非加護病房

感染部位 血流 尿道 肺炎 其他 檢體種類 血液 尿液 痰液 膿或傷口 糞便 其他

多重抗藥性細菌

匯出格式 XLS ODS

選取

列印

匯出

重設

219

多重抗藥性細菌百分比報表

選取菌種

多重抗藥性細菌名稱/代碼

查詢

重設

確定

【1】【每頁 20 筆】· 第 1 頁 共 1 頁 11 筆

| <input type="checkbox"/> | 代號 | 名稱 |
|-------------------------------------|---------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | CRAB | CRAB |
| <input type="checkbox"/> | CRE | CRE |
| <input type="checkbox"/> | CR E.coli | CR E.coli |
| <input type="checkbox"/> | CRKP | CRKP |
| <input checked="" type="checkbox"/> | CRPA | CRPA |
| <input type="checkbox"/> | VRE | VRE |
| <input type="checkbox"/> | VR E.faecium | VR E.faecium |
| <input type="checkbox"/> | VR E.faecalis | VR E.faecalis |
| <input type="checkbox"/> | MRSA | MRSA |
| <input type="checkbox"/> | VISA | VISA |
| <input checked="" type="checkbox"/> | VRSA | VRSA |

220

多重抗藥性細菌百分比報表

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

多重抗藥性細菌百分比

類別 全國報表 醫療院所別報表
日期 年度 年季 年月

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別
日期範圍 105年 ~ 105年

其他查詢條件(※ 其他查詢條件都不選擇時，為全院資料)

感染來源 社區相關感染 醫院相關感染
 就醫類型 住院 急診 門診 病房類型 加護病房 非加護病房
 感染部位 血流 尿道 肺炎 其他 檢體種類 血液 尿液 痰液 膿或傷口 糞便 其他

多重抗藥性細菌 1. CRPA 2. VRSA

匯出格式 XLS ODS

- 設定下載資料區間及條件
- 按列印或匯出下載

221

查詢結果

| 醫療層級別 多重抗藥性細菌之抗藥性百分比報表 - 就醫類型 | | | | | | |
|-------------------------------|-------|-----------|------|-----------|------|-----------|
| 日期範圍：105年 ~ 105年 | | | | | | |
| CRPA | | | | | | |
| 醫療層級別 | 住院 | | 急診 | | 門診 | |
| | 總菌株數 | 抗藥性百分比(%) | 總菌株數 | 抗藥性百分比(%) | 總菌株數 | 抗藥性百分比(%) |
| 醫學中心 | 12616 | 11.2 | 4414 | 8.0 | 2611 | 5.5 |
| 區域醫院 | 11893 | 11.4 | 3929 | 10.1 | 2847 | 6.8 |
| 地區醫院 | 222 | 12.6 | 57 | 14.0 | 88 | 8.0 |
| 全國 | 24731 | 11.3 | 8400 | 9.0 | 5546 | 6.2 |

222

多重抗藥性細菌感染密度報表

查詢頁面

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

多重抗藥性細菌感染密度報表

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

日期 年度 年季 年月

日期範圍 105年 第 1季 ~ 105年 第 2季

檢體種類 血液檢體 所有檢體(含血液檢體)

其他查詢條件(僅分析住院資料)

病房類型 加護病房 非加護病房

多重抗藥性細菌

1. CRPA

選取

列印

匯出

重設

- 設定下載資料區間及條件
- 按列印或匯出下載

223

查詢結果

醫療層級別 住院個案多重抗藥性細菌感染密度報表 - **血液檢體**

日期範圍：105 年 Q1 ~ 105 年 Q2

CRPA

| 醫療層級別 | 105年 Q1 | | | 105年 Q2 | | |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 個案數 | 住院人日數 | 感染密度(‰) | 個案數 | 住院人日數 | 感染密度(‰) |
| 醫學中心 | 38 | 1214509 | 0.031 | 26 | 1255919 | 0.021 |
| 區域醫院 | 22 | 1378974 | 0.016 | 14 | 1426098 | 0.010 |
| 地區醫院 | 1 | 33499 | 0.030 | 0 | 56797 | 0 |
| 全國 | 61 | 2626982 | 0.023 | 40 | 2715906 | 0.015 |

224

抗藥性圖譜

查詢頁面

抗藥性圖譜

報表種類 固定報表 非固定報表
 年別

類別 全國報表 醫療院所別報表
 醫療層級 醫學中心 區域醫院 地區醫院 全國

匯出格式 XLS ODS

- 設定下載資料區間及條件
- 按列印或匯出下載

固定報表抗生素內容

抗生素名稱與簡稱對照

| 抗生素項目 | 抗生素名稱 | 簡稱 | 抗生素項目 | 抗生素名稱 | 簡稱 |
|--|-------------------------|------|--------------------------|---------------------------|-----|
| 固定報表第1張: Penicillins、Anti-Pseudomonal Penicillins、Macrolides、Tetracyclines 及 Miscellaneous (I) | | | | | |
| Penicillins | Oxacillin | OX | Macrolides | Erythromycin | E |
| | Penicillin G | P-G | Tetracyclines | Tetracycline | TE |
| | Penicillin V | P-V | | Minocycline | MI |
| | Ampicillin | AM | Miscellaneous (I) | Clindamycin | CC |
| | Ampicillin/Sulbactam | SAM | | Metronidazole | MTZ |
| | Amoxicillin | AMX | | Rifampin | RA |
| | Amoxicillin/Clavulanate | AMC | | TMP-SMX | SXT |
| Anti-Pseudomonal Penicillins | Piperacillin | PIP | Chloramphenicol | C | |
| | Piperacillin/Tazobactam | TZP | | | |
| 固定報表第2張: Cephalosporins | | | | | |
| 1st GC | Cefazolin | CZ | Anti-Pseudomonal 3rd GCs | Cefoperazone | CFP |
| 2nd GC | Cefoxitin | FOX | 4rd GCs | Ceftazidime | CAZ |
| | Cefuroxime sodium | FUR | | Cefepime | FEP |
| | Cefuroxime axetil | CXM | | | |
| | Cefotaxime | CTX | | | |
| | Ceftriaxone | CRO | | | |
| | Cefixime | CFM | | | |
| 固定報表第3張: Aminoglycosides、Fluoroquinolones、Carbapenems 及 Miscellaneous (II) | | | | | |
| Aminoglycosides | Gentamicin | GM | Miscellaneous (II) | Colistin | CL |
| | Gentamicin-High | H LG | | Aztreonam | ATM |
| | Amikacin | AN | | Tigecycline | TGC |
| Fluoroquinolones | Ciprofloxacin | CIP | | Vancomycin | VA |
| | Levofloxacin | LVX | | Quinupristin/dalfopristin | SYN |
| | Moxifloxacin | MXF | | Linezolid | LNZ |
| Carbapenems | Imipenem | IPM | Daptomycin | DAP | |
| | Meropenem | MEM | Nitrofurantoin | F/M | |
| | Ertapenem | ETP | | | |
| | Doripenem | DOR | | | |

查詢結果-固定報表 (以第1頁為例)

醫學中心 抗藥性圖譜(I)

年別:106

抗生素項目: Penicillins, Anti-Pseudomonal Penicillins, Macrolides, Tetracyclines 及 Miscellaneous (I)

| Class of Pathogen | Data shown as: % susceptible No. of isolates tested Pathogen | Penicillins | | | | | | | Anti-Pseudomonal Penicillins | | Macrolides | Tetracyclines | | | Miscellaneous (I) | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----|-----|-------------|-------------|-----|-----------|------------------------------|-----|------------|---------------|-------------|-----------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | OX | P-G | P-V | AM | SAM | AMX | AMC | PIP | TPP | E | TE | MI | CC | MTZ | RA | SXT | C | |
| Aerobic Gram Positive | <i>Enterococcus faecalis</i> | | | | 99 1,193 | 0 1 | | | | | 100 1 | | | | | | 100 1 | | |
| | <i>Enterococcus faecium</i> | 0 1 | | | 9 951 | 0 1 | | | | | 100 1 | 0 1 | 100 1 | | 100 1 | | 50 2 | 50 2 | |
| | <i>Staphylococcus aureus</i> | 52 3,144 | | | 4 1,902 | | | | 100 1,035 | | | 47 3,144 | 82 3,136 | 88 527 | 88 3,099 | 99 1,903 | 99 3,143 | | |
| | <i>Streptococcus pneumoniae</i> | | | | | | | | 71 354 | | | 7 422 | 18 395 | | 20 421 | | | 56 422 | 83 420 |
| Aerobic Gram Negative-Enterobacteriaceae | <i>Citrobacter spp.</i> | | | | 0 830 | 55 450 | | | 85 191 | | | 90 451 | | | | | | 88 831 | |
| | <i>Enterobacter cloacae</i> | | | | 0 740 | 1 553 | | | 0 210 | | | 79 553 | | | | | | 80 740 | |
| | <i>Escherichia coli</i> | | | | 25 7,693 | 64 6,350 | | | 85 1,723 | | | 96 6,365 | | 50 2 | | | | 52 7,696 | |
| | <i>Klebsiella pneumoniae</i> | | | | 0 3,266 | 80 2,582 | | | 86 813 | | | 87 2,586 | | 0 1 | | | | 64 3,265 | |
| | <i>Morganella spp.</i> | | | | 0 542 | 28 372 | | | 0 179 | | | 97 373 | | | | | | 68 542 | |
| | <i>Proteus mirabilis</i> | | | | 49 1,042 | 77 704 | | | 86 358 | | | 99 704 | | | | | | 46 1,042 | |
| | <i>Providencia spp.</i> | | | | 0 213 | 38 177 | | | 0 37 | | | 99 177 | | | | | | 47 213 | |
| | <i>Salmonella spp.</i> | | | | 57 338 | | | | | | | | | | | | | 73 338 | 73 338 |
| | <i>Serratia marcescens</i> | | | | 0 444 | 0 336 | | | 0 125 | | | 92 338 | | | | | | 86 444 | |
| | <i>Shigella spp.</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Aerobic Gram Negative-Non Enterobacteriaceae | <i>Acinetobacter baumannii</i> | | | | | | 73 812 | | | 23 437 | 52 1,266 | | | | | | | 50 1,174 |
| <i>Campylobacter spp.</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Helicobacter pylori</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | | | | | | | | | | | | | | 3 75 | | | | | |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> | | | | | 50 4 | 67 3 | | | | | 91 963 | 92 2,321 | | | | | | 0 1,336 | |
| Anaerobes | <i>Clostridioides difficile</i> | | | | | 80 25 | | | | | | | | | | | 12 25 | 100 25 | 96 25 |

227

查詢頁面

[首頁](#)
[AUR首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢](#)
[統計報表](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

抗藥性圖譜

報表種類 固定報表 非固定報表

年別 106

類別 全國報表 醫療院所別報表

醫療層級 醫學中心 區域醫院 地區醫院 全國

細菌種類

1. Acinetobacter baumannii
2. Escherichia coli

選取

抗生素

1. Amoxicillin (AMX)
2. Ampicillin (AM)
3. Ampicillin/Sulbactam (SAM)
4. Imipenem (IPM)
5. Erythromycin (E)
6. Meropenem (MEM)

選取

匯出格式 XLS ODS

列印

匯出

重設

- 設定下載資料區間及條件
- 按列印或匯出下載

查詢結果-非固定報表

醫學中心 抗藥性圖譜

年別:106

抗生素項目: Amoxicillin (AMX)、Ampicillin (AM)、Ampicillin/Sulbactam (SAM)、Imipenem (IPM)、Erythromycin (E)、Meropenem (MEM)

| Data shown as: % susceptible No.of isolates tested | Amoxicillin (AMX) | Ampicillin (AM) | Ampicillin/Sulbactam (SAM) | Imipenem (IPM) | Erythromycin (E) | Meropenem (MEM) |
|--|-------------------|-----------------|----------------------------|----------------|------------------|-----------------|
| Pathogen | | | | | | |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> | | | 71 775 | 56 1,189 | | 48 450 |
| <i>Escherichia coli</i> | | 25 7,693 | 64 6,350 | 100 6,358 | | 100 2,091 |

229

實驗室菌株之抗生素感受性統計表

查詢頁面

🏠 首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 📄 說明文件

實驗室菌株之抗生素感受性統計表

類別 全國報表 區域別報表 縣市別報表 醫院別報表
醫療層級 ▼
日期 年 季 ~ 年 季
單位 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢
檢體種類 未分類 血液 尿液
匯出格式 XLS ODS

- 設定下載資料區間及條件
- 按列印或匯出下載

列印

匯出

重設

230

查詢結果-1

實驗室菌株之抗生素感受性統計表

列印日期:108/11/28

類別:全圖
 醫療層級:全部
 資料年度:106年第1季~106年第1季
 單位:全院
 檢體種類:未分類

| Data shown as: %susceptible (% isolates tested) | β-lactam | | | | | | | | | | | | | | Non-β-lactam | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|--------------|---------------|-------------------|------------|-------------|--------------------------------|------------|----------------------|-------------------------|----------------|------------|------------------|------------|------------|-----------------|---------------|--------------|-------------------------------|------------|-------------|
| | Penicillin | | | | Cephalosporin | | | | β-lactam/β-lactamase inhibitor | | Carbapenem | | Aminoglycoside | | Fluoro-quinolone | | Others | | | | | | |
| | Ampicillin | Oxacillin | Vancomycin | Piperacillin | Cefazolin | Cefuroxime sodium | Cefotaxime | Ceftriaxone | Ceftazidime | Cefepime | Ampicillin/Sulbactam | Piperacillin/Tazobactam | Ertapenem | Imipenem | Meropenem | Gentamicin | Amikacin | Gentamicin-High | Ciprofloxacin | Levofloxacin | Trimethoprim/Sulfamethoxazole | Colistin | Tigecycline |
| <i>Elizabethkingia meningoseptica</i> (0)* | * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Escherichia coli</i> (67136) | 22 (39) | | | | 51 (72) | 63 (24) | 69 (37) | 67 (65) | 71 (67) | 45 (67) | | 98 (72) | 98 (59) | 94 (37) | 73 (91) | 98 (88) | | 59 (77) | 59 (73) | | | | |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> (33036) | 4 (32) | | | | 51 (64) | 54 (20) | 63 (34) | 69 (45) | 64 (62) | 54 (58) | | 87 (70) | 88 (67) | 90 (33) | 71 (80) | 92 (75) | | 65 (66) | 69 (51) | | | | |
| <i>Proteus mirabilis</i> (11453) | 28 (45) | | | | 39 (82) | 74 (23) | 78 (38) | 79 (53) | | 56 (74) | | 95 (34) | 91 (41) | 92 (93) | 86 (78) | | | 58 (67) | 65 (62) | | | | |
| <i>Enterobacter cloacae</i> (4543) | | | | | | | 56 (37) | 60 (64) | 62 (73) | 85 (70) | | 88 (71) | 91 (65) | 95 (34) | 83 (82) | 98 (75) | | 77 (63) | 79 (62) | | | | |
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (27428) | | | 71 (21) | | | | | 83 (89) | 84 (71) | | 80 (37) | 81 (81) | 83 (65) | 80 (85) | 95 (75) | | | 71 (80) | 67 (75) | | | | |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> (13191) | | | | 14 (15) | | | | 27 (78) | 28 (71) | 42 (70) | 24 (76) | 33 (87) | 33 (64) | 29 (73) | 39 (56) | | | 26 (66) | 27 (54) | | | 98 (35) | 72 (39) |
| <i>Staphylococcus aureus</i> (30838) | 47 (98) | 99 (83) | | | | | | | | | | | | | | | | 63 (36) | | | 84 (80) | | |
| <i>Enterococcus faecalis</i> (11842) | 98 (62) | 99 (98) | | | | | | | | | | | | | | | 51 (64) | | | | | | |
| <i>Enterococcus faecium</i> (6947) | 9 (62) | 46 (99) | | | | | | | | | | | | | | | | 45 (63) | | | | | |

備註: a.菌種名稱 b.總菌株數 c.菌種藥物敏感性比率(%) d.菌種執行菌敏試驗比率(%)

查詢結果-2

實驗室菌株之抗生素感受性明細資料

列印日期:108/11/28

類別:全圖
 醫療層級:全部
 資料年度:106年第1季~106年第1季
 單位:全院
 檢體種類:未分類

| 菌株代碼 | 菌種名稱 | 抗生素代碼 | 抗生素名稱 | 總菌株數(T) | S菌株數(S) | Non-S菌株數(NS) | 菌種執行菌敏試驗比率[(S+NS)/T]% | 菌種藥物敏感性比率[S/(S+NS)]% | 通報菌敏試驗醫院家數 |
|---------|--------------------------------|-------|-------------------------|---------|---------|--------------|-----------------------|----------------------|------------|
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | A-002 | Ampicillin/Sulbactam | 13191 | 3831 | 5366 | 69.72 | 41.65 | 279 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | A-016 | Amikacin | 13191 | 2837 | 4494 | 55.58 | 38.7 | 279 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | C-030 | Cefepime | 13191 | 2601 | 6811 | 71.35 | 27.63 | 278 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | C-046 | Ciprofloxacin | 13191 | 2224 | 6420 | 65.53 | 25.73 | 279 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | C-054 | Ceftazidime | 13191 | 2818 | 7497 | 76.2 | 27.32 | 279 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | C-057 | Colistin | 13191 | 4529 | 74 | 34.9 | 98.39 | 270 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | G-003 | Gentamicin | 13191 | 2809 | 6844 | 73.18 | 29.1 | 280 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | I-001 | Imipenem | 13191 | 3718 | 7695 | 86.52 | 32.58 | 301 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | L-001 | Levofloxacin | 13191 | 1902 | 5239 | 54.14 | 26.63 | 276 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | M-001 | Meropenem | 13191 | 2349 | 4808 | 54.26 | 32.82 | 296 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | P-006 | Piperacillin/Tazobactam | 13191 | 2430 | 7656 | 76.7 | 24.33 | 279 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | P-021 | Piperacillin | 13191 | 280 | 1741 | 15.32 | 13.85 | 269 |
| FP00002 | <i>Acinetobacter baumannii</i> | T-029 | Tigecycline | 13191 | 3694 | 1434 | 38.87 | 72.04 | 269 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | A-016 | Amikacin | 4543 | 3332 | 83 | 75.17 | 97.57 | 253 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | C-022 | Cefotaxime | 4543 | 954 | 735 | 37.18 | 56.48 | 254 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | C-030 | Cefepime | 4543 | 2719 | 459 | 70.17 | 85.29 | 253 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | C-046 | Ciprofloxacin | 4543 | 2210 | 656 | 63.09 | 77.11 | 254 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | C-054 | Ceftazidime | 4543 | 2047 | 1279 | 73.21 | 61.55 | 257 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | C-072 | Ceftriaxone | 4543 | 1768 | 1160 | 64.45 | 60.38 | 255 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | E-009 | Ertapenem | 4543 | 2857 | 390 | 71.25 | 88.26 | 257 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | G-003 | Gentamicin | 4543 | 3098 | 648 | 82.46 | 82.7 | 254 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | I-001 | Imipenem | 4543 | 2698 | 276 | 65.46 | 90.72 | 257 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | L-001 | Levofloxacin | 4543 | 2232 | 597 | 62.27 | 78.9 | 252 |
| FP00015 | <i>Enterobacter cloacae</i> | M-001 | Meropenem | 4543 | 1493 | 73 | 34.47 | 95.34 | 255 |
| FP00017 | <i>Escherichia coli</i> | A-002 | Ampicillin/Sulbactam | 67136 | 20219 | 24756 | 66.99 | 44.96 | 273 |

實驗室菌株通報完整率

查詢頁面

[首頁](#)
[AUR首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢](#)
[統計報表](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

實驗室菌株通報完整率

醫療院所 CDC測試醫院
 醫療層級 ▾
 區管中心 ▾
 縣市 ▾
 日期 年 ~ 年
 單位 全院 加護病房 非加護病房 急門診 體檢
 檢體種類 未分類 血液 尿液
 匯出格式 XLS ODS

- 設定下載資料區間及條件
- 按列印或匯出下載

列印

匯出

重設

233

查詢結果

實驗室菌株統計通報完整率

醫療層級：區域醫院
 區管中心：疾病管制署臺北區管制中心
 縣市：台北市
 日期：108年~108年
 單位：全院
 檢體種類：未分類

| 檢體種類：未分類 | | <i>Acinetobacter baumannii</i> | | <i>Enterococci</i> | <i>Klebsiella pneumoniae</i> | | | <i>Staphylococcus aureus</i> |
|----------|-------------|--------------------------------|-----------|--------------------|------------------------------|----------|-----------|------------------------------|
| | | Imipenem | Meropenem | Vancomycin | Ertapenem | Imipenem | Meropenem | Oxacillin |
| CDC測試醫院 | 108年 第1季 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CDC測試醫院 | 108年 第2季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CDC測試醫院 | 108年 第3季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CDC測試醫院 | 108年 第4季 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

註1：Enterococci包含Enterococcus spp.、Enterococcusfaecium、Enterococcusfaecalis。

註2：得分數值為1者為通報完整；若菌株總數、感受性菌株數(S和Non-S)任一欄位通報不完整則數值為0。

234

住院抗生素耗用量報表

查詢頁面

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

住院抗生素耗用量報表

住院抗生素耗用量報表：[定義說明](#) [病房型態定義](#) [抗生素類別定義](#) [給藥途徑定義](#)

• 可查看各項定義說明

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

病房型態 全院 加護病房 非加護病房

日期 年度 年季 年月

日期範圍 105 年 ~ 106 年

抗生素類別 J01 J02

分類報表 依化學結構分類(ATC前4碼) 依藥理作用分類(ATC前5碼) 各抗生素報表(ATC全7碼)

選取

• 設定下載資料區間及條件

給藥途徑 全部 口服 腸道外 其他

匯出格式 XLS ODS

列印

匯出

重設

235

住院抗生素耗用量報表

選取抗生素(ATC 前 5 碼)

J02A

確定

關閉

選取抗生素(ATC 前 5 碼)

J02A

J02AA J02AB J02AC J02AX

確定

關閉

選取抗生素(ATC 前 5 碼)

J02A

J02AA J02AB J02AC J02AX

確定

關閉

236

住院抗生素耗用量報表

[首頁](#)
[AUR首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢](#)
[統計報表](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

住院抗生素耗用量報表

[住院抗生素耗用量報表](#)
[定義說明](#)
[病房型態定義](#)
[抗生素類別定義](#)
[給藥途徑定義](#)

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

病房型態 全院 加護病房 非加護病房

日期 年度 年季 年月

日期範圍 105年 ~ 106年

抗生素類別 J01 J02

分類報表 依化學結構分類(ATC前4碼) 依藥理作用分類(ATC前5碼) 各抗生素報表(ATC全7碼)

1. J02AA
 2. J02AB
 3. J02AC
 4. J02AX

選取

• 按列印或匯出下載

給藥途徑 全部 口服 腸道外 其他

匯出格式 XLS ODS

列印

匯出

重設

237

查詢結果

醫療層級別 **全院** 抗生素耗用量報表

日期範圍：105年 ~ 106年

給藥途徑：全部

| 抗生素類別 | | 醫療層級別 | 105年 | 106年 |
|-------|-------------------------------------|-------|--------|--------|
| 代碼 | 項目名稱 | | 耗用量(%) | 耗用量(%) |
| J02AA | Antibiotics | 醫學中心 | 5.9 | 6.3 |
| | | 區域醫院 | 0.8 | 0.8 |
| | | 地區醫院 | 0.0 | 0.1 |
| | | 全國 | 2.3 | 2.4 |
| J02AB | Imidazole derivatives | 醫學中心 | 0 | 0 |
| | | 區域醫院 | 0 | 0 |
| | | 地區醫院 | 0 | 0 |
| | | 全國 | 0 | 0 |
| J02AC | Triazole derivatives | 醫學中心 | 28.0 | 26.3 |
| | | 區域醫院 | 12.4 | 11.9 |
| | | 地區醫院 | 5.1 | 5.4 |
| | | 全國 | 15.8 | 15.1 |
| J02AX | Other antimycotics for systemic use | 醫學中心 | 9.2 | 9.7 |
| | | 區域醫院 | 1.8 | 2.0 |
| | | 地區醫院 | 0.2 | 0.2 |
| | | 全國 | 3.9 | 4.1 |

公式：住院抗生素耗用量(DID, %) = DDD 數加總/住院人日數加總 × 1000

238

全國抗生素耗用量報表

查詢頁面

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

全國抗生素耗用量報表

全國抗生素耗用量報表：[定義說明](#) [病房型態定義](#) [抗生素類別定義](#) [給藥途徑定義](#)

• 可查看各項定義說明

報表子類別 門診 住院 門診+住院

地區範圍 區域別 縣市別

日期 年度 年季 年月

日期範圍 106年 ~ 106年

抗生素類別 J01 J02

分類報表 依化學結構分類(ATC前4碼) 依藥理作用分類(ATC前5碼) 各抗生素報表(ATC全7碼)

1. J01CA
2. J01CE
3. J01CF

選取

• 設定下載資料區間及條件
• 按列印或匯出下載

給藥途徑 全部 口服 腸道外 其他

匯出格式 XLS ODS

列印

匯出

重設

239

查詢結果

門診+住院 抗生素耗用量報表

日期範圍：106年 ~ 106年

給藥途徑：全部

| 抗生素類別 | | 地區範圍 | 106年 耗用量(‰) |
|-------|--------------------------------------|------|----------------|
| 代碼 | 項目名稱 | | |
| J01CA | Penicillins With Extended Spectrum | 臺北區 | 3.576 |
| | | 北區 | 3.282 |
| | | 中區 | 3.579 |
| | | 南區 | 3.403 |
| | | 高屏區 | 3.291 |
| | | 東區 | 3.008 |
| | | 全國 | 3.447 |
| J01CE | Beta-Lactamase Sensitive Penicillins | 臺北區 | 0.003 |
| | | 北區 | 0.001 |
| | | 中區 | 0.001 |
| | | 南區 | 0.001 |
| | | 高屏區 | 0.002 |
| | | 東區 | 0.018 |
| | | 全國 | 0.002 |
| J01CF | Beta-Lactamase Resistant Penicillins | 臺北區 | 0.166 |
| | | 北區 | 0.153 |
| | | 中區 | 0.277 |
| | | 南區 | 0.152 |
| | | 高屏區 | 0.220 |
| | | 東區 | 0.274 |
| | | 全國 | 0.195 |

※選取含「住院」資料時，有效資料自2011年起
公式：全國抗生素耗用量(DID,‰) = DDD 數加總/總人日數 × 1000

240

抗生素相對耗用量報表

查詢頁面

🏠 首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

抗生素相對耗用量報表

抗生素相對耗用量報表：[定義說明](#) [病房型態定義](#) [抗生素類別定義](#) [給藥途徑定義](#) • 可查看各項定義說明

類別 全國報表 醫療院所別報表 報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

病房型態 住院 加護病房 門診

日期 年度 年季 年月 日期範圍 106 年 ~ 106 年

抗生素類別 J01 J02

分母 分子

• 設定下載資料區間及條件

給藥途徑 全部 口服 腸道外 其他 匯出格式 XLS ODS

選取 選取

列印 匯出 重設

241

抗生素相對耗用量報表

報表抗生素類別

J01A J01B J01C J01D J01E
 J01F J01G J01M J01R J01X

確定 關閉 展開前5碼

報表抗生素類別

| | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> J01D | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> J01DB | <input checked="" type="checkbox"/> J01DC | <input checked="" type="checkbox"/> J01DD | <input checked="" type="checkbox"/> J01DE | <input type="checkbox"/> J01DF |
| <input type="checkbox"/> J01DH | <input type="checkbox"/> J01DI | | | |

確定 關閉 展開全7碼

242

抗生素相對耗用量報表

[首頁](#)
[AUR首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢](#)
[統計報表](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

抗生素相對耗用量報表

[抗生素相對耗用量報表](#)
[定義說明](#)
[病房型態定義](#)
[抗生素類別定義](#)
[給藥途徑定義](#)

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

病房型態 住院 加護病房 門診

日期 年度 年季 年月

日期範圍 106 年 ~ 106 年

抗生素類別 J01 J02

分母

1. J01DB
2. J01DC
3. J01DD
4. J01DE

選取

分子

選取

給藥途徑 全部 口服 腸道外 其他

匯出格式 XLS ODS

列印

匯出

重設

243

抗生素相對耗用量報表

報表抗生素類別

分母資料

| | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> J01D | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> J01DB | <input checked="" type="checkbox"/> J01DC | <input checked="" type="checkbox"/> J01DD | <input checked="" type="checkbox"/> J01DE | <input type="checkbox"/> J01DF |
| <input type="checkbox"/> J01DH | <input type="checkbox"/> J01DI | | | |

確定

關閉

展開全7碼

分子資料

報表抗生素類別

使用ATC代碼 引用分母資料

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> J01DB | <input checked="" type="checkbox"/> J01DC | <input type="checkbox"/> J01DD | <input type="checkbox"/> J01DE |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|

確定

關閉

報表抗生素類別

使用ATC代碼 引用分母資料

或

| | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> J01A | <input type="checkbox"/> J01B | <input type="checkbox"/> J01C | <input checked="" type="checkbox"/> J01D | <input type="checkbox"/> J01E |
| <input type="checkbox"/> J01F | <input type="checkbox"/> J01G | <input checked="" type="checkbox"/> J01M | <input type="checkbox"/> J01R | <input type="checkbox"/> J01X |

報表抗生素類別

使用ATC代碼 引用分母資料

已選項目: J01D

展開前5碼

| | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> J01MA | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> J01MA01 | <input type="checkbox"/> J01MA02 | <input type="checkbox"/> J01MA03 | <input type="checkbox"/> J01MA04 | <input type="checkbox"/> J01MA05 |
| <input type="checkbox"/> J01MA06 | <input type="checkbox"/> J01MA07 | <input type="checkbox"/> J01MA08 | <input type="checkbox"/> J01MA09 | <input type="checkbox"/> J01MA10 |
| <input type="checkbox"/> J01MA11 | <input type="checkbox"/> J01MA12 | <input type="checkbox"/> J01MA13 | <input type="checkbox"/> J01MA14 | <input type="checkbox"/> J01MA15 |
| <input type="checkbox"/> J01MA16 | <input type="checkbox"/> J01MA17 | <input type="checkbox"/> J01MA18 | <input type="checkbox"/> J01MA19 | <input type="checkbox"/> J01MA21 |
| <input checked="" type="checkbox"/> J01MB | | | | |
| <input type="checkbox"/> J01MB01 | <input type="checkbox"/> J01MB02 | <input type="checkbox"/> J01MB03 | <input type="checkbox"/> J01MB04 | <input type="checkbox"/> J01MB05 |
| <input type="checkbox"/> J01MB06 | <input type="checkbox"/> J01MB07 | <input type="checkbox"/> J01MB08 | | |

確定

關閉

244

抗生素相對耗用量報表

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

抗生素相對耗用量報表

抗生素相對耗用量報表：[定義說明](#) [病房型態定義](#) [抗生素類別定義](#) [給藥途徑定義](#)

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

病房型態 住院 加護病房 門診

日期 年度 年季 年月

日期範圍 106 年 ~ 106 年

抗生素類別 J01 J02

分母
1. J01DB
2. J01DC
3. J01DD
4. J01DE

選取

分子
1. J01D
2. J01MA01
3. J01MB

選取

給藥途徑 全部 口服 腸道外 其他

匯出格式 XLS ODS

列印

匯出

重設

• 按列印或匯出下載

245

抗生素相對耗用量報表

查詢結果

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 說明文件

抗生素相對耗用量報表

抗生素相對耗用量報表：[定義說明](#) [病房型態定義](#) [抗生素類別定義](#) [給藥途徑定義](#)

類別 全國報表 醫療院所別報表

報表子類別 醫療層級別 區域別 縣市別

病房型態 住院 加護病房 門診

日期 年度 年季

抗生素類別 J01 J02

相對耗用量中分子未涵蓋在分母中

確定

分母
1. J01DB
2. J01DC
3. J01DD
4. J01DE

選取

分子

選取

給藥途徑 全部 口服 腸道外 其他

匯出格式 XLS ODS

列印

匯出

重設

246

抗生素相對耗用量報表

查詢結果

醫療層級別加護病房抗生素相對耗用量報表

日期範圍：106年~106年

分母：J01DB,J01DC,J01DD,J01DE

給藥途徑：全部

| 分子抗生素類別 | | 醫療層級別 | 106年 |
|---------|----------------------------------|-------|----------|
| 代碼 | 項目名稱 | | 相對耗用量(%) |
| J01D | Other Beta-Lactam Antibacterials | 醫學中心 | 132.52 |
| | | 區域醫院 | 123.96 |
| | | 地區醫院 | 134.25 |
| | | 全國 | 128.50 |
| J01MA01 | Ofloxacin | 醫學中心 | 0 |
| | | 區域醫院 | 0.00 |
| | | 地區醫院 | 0.05 |
| | | 全國 | 0.01 |
| J01MB | Other Quinolones | 醫學中心 | 0.00 |
| | | 區域醫院 | 0.01 |
| | | 地區醫院 | 0.68 |
| | | 全國 | 0.09 |
| 所選分子加總 | | 醫學中心 | 132.53 |
| | | 區域醫院 | 123.97 |
| | | 地區醫院 | 134.98 |
| | | 全國 | 128.60 |

公式：抗生素相對耗用量(%) = 分子DDD 數加總/分母DDD 數加總 x 100

247

視覺化呈現資料

- 具THAS帳號權限者，可由THAS「視覺化圖表」連結至「傳染病統計資料查詢系統(NIDSS)」查看「抗藥性百分比」、「抗生素耗用量」視覺化資料



視覺化呈現資料

可由左上方選擇以「趨勢圖」、「動態地圖」及「比較圖」不同呈現介面觀看資料

2010年~2019年 全國各區 MRSA 抗藥性百分比

47.9% $\frac{102411 \text{ (檢出抗藥性數)}}{213941 \text{ (總檢驗數)}}$

抗藥性百分比 (%)

空值
● 42 - 45
● 46 - 48
● 48 - 51
● 51 - 54

| 區域別 | 2010年 | 2011年 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 全國 | - | - | - | - | - | - | 47.1 | 47.9 | 47.9 | 48.4 |

資料查詢結果有 3 個月的時間差，例如：資料更新時間為 2020/5/31 時，最新資料僅提供至 2020 年 2 月。
抗藥性百分比計算公式：檢出抗藥性數 / 總檢驗數 * 100%。
資料更新時間為 2020/10/13。

249

NIDSS-趨勢圖-1

查詢條件：

- 資料期間：2016Q1-2017Q4
- 多重抗藥性細菌種類：MRSA

2016年第1季~2017年第4季 全國各區 MRSA 抗藥性百分比

48.9% $\frac{51911 \text{ (檢出抗藥性數)}}{106221 \text{ (總檢驗數)}}$

抗藥性百分比 (%)

空值
● 42 - 46
● 46 - 50
● 50 - 54
● 54 - 58

| 區域別 | 2016年 | | | | 2017年 | | | |
|-----|-------|------|------|------|-------|------|------|------|
| | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| 全國 | 48.5 | 50.1 | 47.6 | 48.1 | 48.7 | 49.8 | 49.2 | 48.8 |

查詢系統

查詢條件

日期格式
 年度 年季 年月

查詢區間
起：2016年 第1季
迄：2017年 第4季

多重抗藥性細菌種類
 CRAB CRE CR E.coli
 CRKP CRPA VRE
 VR E.faecium VR E.faecalis
 MRSA VISA VRSA

查詢 重設

250

NIDSS-趨勢圖-2

查詢條件：

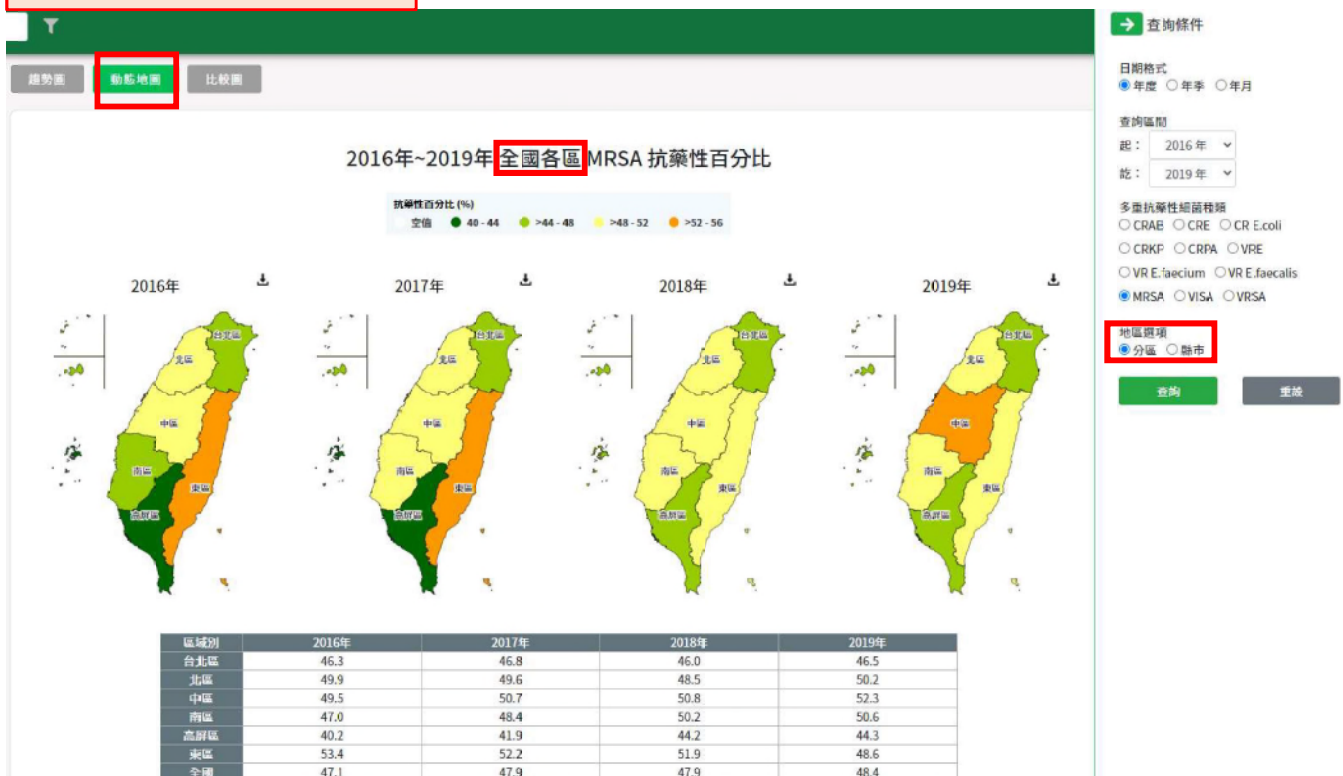
- 資料期間：2016Q1-2017Q4
- 多重抗藥性細菌種類：MRSA



NIDSS-動態地圖-1

查詢條件：

- 資料期間：2016-2019
- 多重抗藥性細菌種類：MRSA



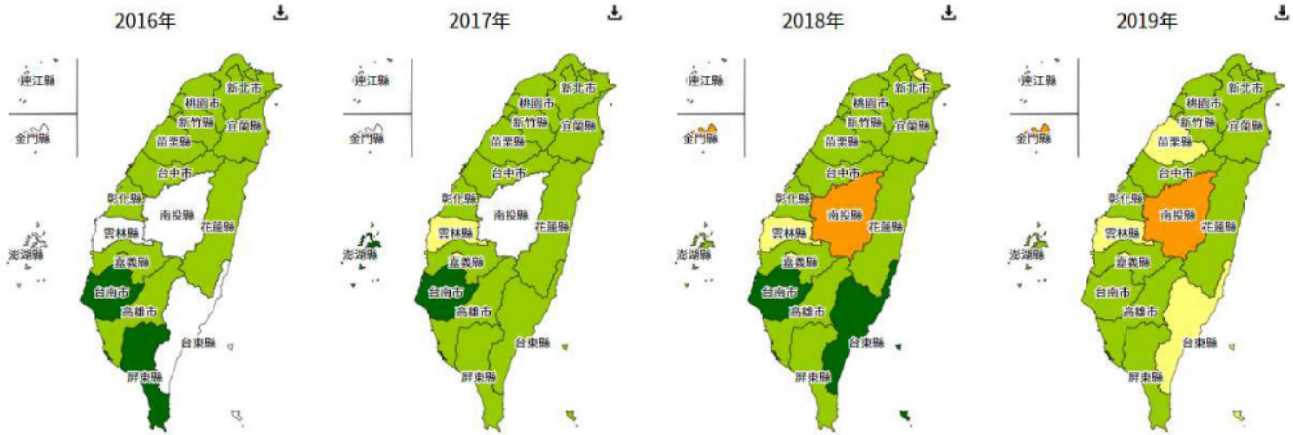
NIDSS-動態地圖-2

趨勢圖 **動態地圖** 比較圖

查詢條件：
 • 資料期間：2016-2019
 • 多重抗藥性細菌種類：MRSA

2016年~2019年 **全國各縣市** MRSA 抗藥性百分比

抗藥性百分比 (%)
 空值 ● 20 - 40 ● >40 - 60 ● >60 - 80 ● >80 - 100



| 區域別 | 縣市別 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 |
|-----|-----|-------|-------|-------|-------|
| 台北區 | 基隆市 | 56.3 | 53.9 | 62.2 | 55.9 |
| 台北區 | 新北市 | 46.7 | 49.2 | 49.1 | 50.1 |
| 台北區 | 台北市 | 45.1 | 45.7 | 43.8 | 44.5 |
| 台北區 | 宜蘭縣 | 46.0 | 43.3 | 44.6 | 46.7 |

NIDSS-比較圖-1

查詢條件
 資料期間：2016Q1-2016Q2
 地區選項：分區
 分區選項：全國、台北區
 多重抗藥性細菌種類：CRAB、CRE、MRSA、VRE
 資料呈現依據：地區/時間

趨勢圖 **動態地圖** **比較圖**

2016年1月~2016年3月 **全國** 抗藥性百分比 比較圖



| | 2016年 | | |
|------|-------|------|------|
| | 01月 | 02月 | 03月 |
| 全國 | | | |
| CRAB | 60.9 | 63.3 | 64.9 |
| CRE | 7.0 | 6.7 | 6.9 |
| VRE | 18.3 | 19.8 | 19.1 |
| MRSA | 49.2 | 49.3 | 50.9 |

2016年1月~2016年3月 **台北區** 抗藥性百分比 比較圖

查詢條件

日期格式
 年度 年季 年月

查詢區段
 起：2016年 1月
 迄：2016年 3月

多重抗藥性細菌種類
 CRAB CRE CR E.coli
 CRKP CRPA VRE
 VR E.faecium VR E.Jaecalis
 MRSA VISA VRSA

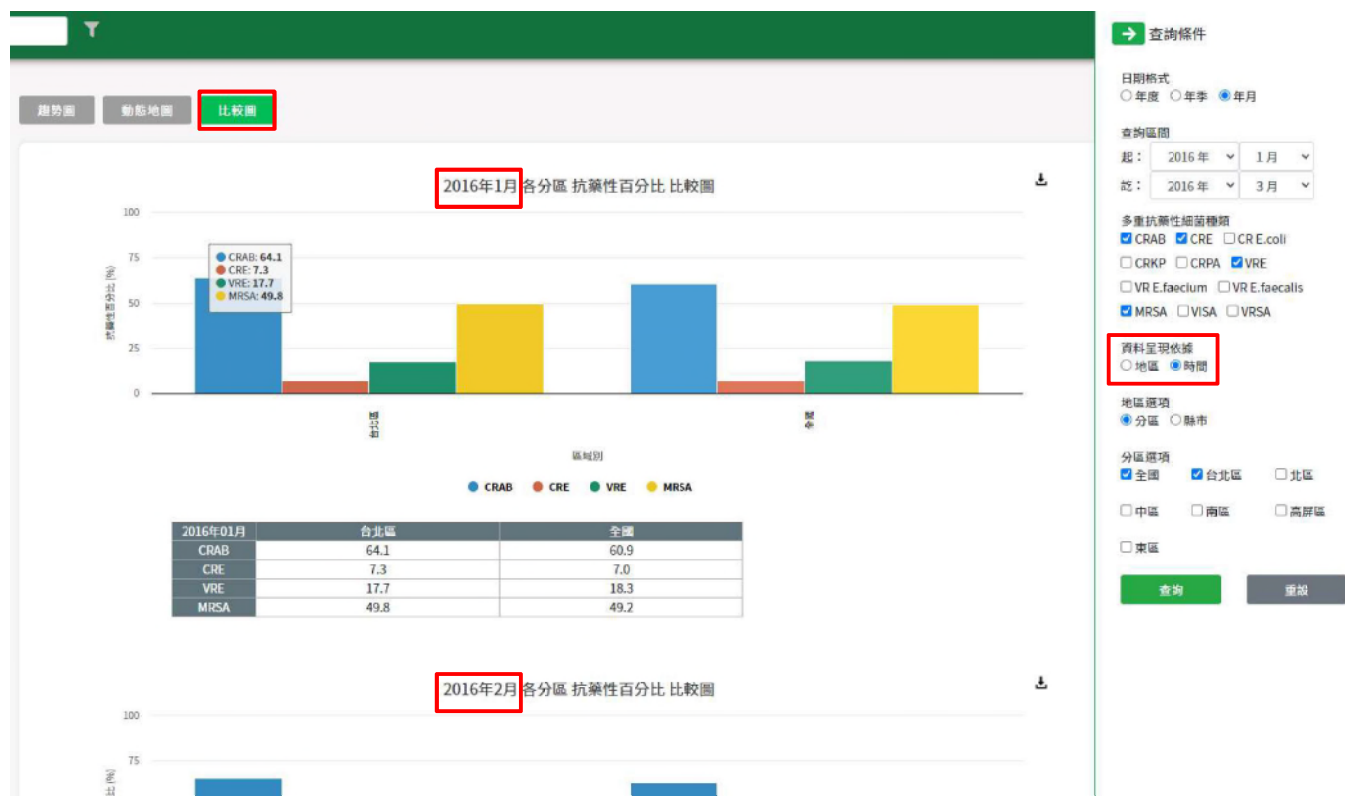
資料呈現依據
 地區 時間

地區選項
 分區 縣市

分區選項
 全國 台北區 北區
 中區 南區 高屏區
 東區

查詢 重設

NIDSS-比較圖-2



255

課程大綱

| | 項目 | 課程內容 |
|-----|------------------------------------|--|
| 第一堂 | PART 1 系統管理及維護 | 1.帳號相關(含帳號申請、權限變更、帳號清查...) 2.通報項目維護(含病房維護、菌種維護等...) |
| | PART 2 HAI通報及查詢 | 含個案、月維護、手術個案等通報查詢及品質檢視 |
| | PART 3 AR通報及查詢 | AR通報查詢功能及通報品質檢視 |
| 第二堂 | PART 4 THAS報表操作說明 | 1.AUR報表查詢 2.HAI報表查詢 |
| | PART 5 宣導事項 | WebAPI概述等其他注意事項 |
| | PART 6 測驗 | 課後測驗 |

256

制式報表種類一覽

🏠 首頁 HAI通報首頁 通報功能 資料查詢/修改 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 📄 說明文件

資料通報品質報表 ▶ 醫療照護相關感染通報資料品質檢視表
醫療照護相關報表 ▶ 醫療照護相關感染密度統計資料檢核報表
手術個案通報資料品質檢視表

🏠 首頁 HAI通報首頁 通報功能 資料查詢/修改 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 📄 說明文件

資料通報品質報表 ▶
醫療照護相關報表 ▶ 醫療照護相關感染密度
侵入性醫療裝置相關感染
醫療照護相關感染部位別及導管相關感染
醫療照護相關感染病原體-菌種排名
醫療照護相關感染病原體-單一菌種抗藥性監測
醫療照護相關感染病原體-多重抗藥性細菌抗藥性監測
手術感染率報表
侵入性導管相關標準化感染比報表

257

醫療照護相關感染通報資料品質檢視表 查詢頁面

🏠 首頁 HAI通報首頁 通報功能 資料查詢/修改 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 📄 說明文件

醫療照護相關感染通報資料品質檢視表

醫院名稱 9999999166 CDC測試醫院 查詢區間 108 年 01 月 ~ 02 月

匯出格式 XLS ODS

匯出 **重設**

- 設定下載資料區間
- 按匯出下載

258

查詢結果-1

| 醫療照護相關感染通報資料品質檢視表 | | | |
|----------------------|------|-----------------------------|-----|
| CDC測試醫院醫院(19997) | | | |
| 醫院層級：其他 | | | |
| 查詢區間：108年01月~108年02月 | | | |
| 資料下載日期：109年11月3日 | | | |
| 月維護資料 | | | |
| 月維護資料尚未通報之月份數統計 | 2 | | |
| 感染個案資料 | | | |
| 一、個案資料尚未通報之月份數統計 | 0 | | |
| 二、身分證號資料相關檢視(%) | | | |
| 身分證編碼格式 | 83.3 | 身分證編碼格式中身分證編碼第2碼與性別一致性檢視(%) | |
| *身分證號「待確認」 | 0 | 一致 | 100 |
| 身分證號為其他格式 | 16.7 | *不一致 | 0 |

259

查詢結果-2

| 三、年齡層分布(%) | | | | | |
|---------------|-------|-----------|--------|-------|-----------|
| 年齡層 | % | 年齡層 | % | 年齡層 | % |
| *<0 | 0 | 15-24 | 16.7 | 65-84 | 16.7 |
| 0-4 | 0 | 25-44 | 66.7 | 85-99 | 0 |
| 5-14 | 0 | 45-64 | 0 | >=100 | 0 |
| 四、感染病房種類分布(%) | | | | | |
| 加護病房 | 83.3 | 一般病房 | 16.7 | RCW | |
| RCC | | 慢性病房 | | | |
| 五、HAI通報個案數比較 | | | | | |
| 感染部位 | 通報個案數 | 本院近3年同期平均 | 感染部位 | 通報個案數 | 本院近3年同期平均 |
| 血流感染 | | | 手術部位感染 | 4 | |
| 肺炎感染 | 1 | | 其他部位感染 | | |
| 泌尿道感染 | 1 | | | | |

260

查詢結果-3

| 六、入院前感染(POA)比例(%) | | | |
|--|---|----------------------|-----|
| 血流感染個案 | | 肺炎感染個案 | 100 |
| 泌尿道感染個案 | 0 | 其他部位感染 (不包含手術部位感染個案) | |
| 七、感染病房歸屬異常比例(%) | | | |
| *(感染日期-病房轉入日期)<2之個案 | | 0 | |
| 八、陽性檢體之(檢驗日期-感染日期)≥14天比例(%) | | | |
| *血流感染 | 0 | *肺炎感染 | 0 |
| *泌尿道感染 | 0 | | |
| 九、HAI個案通報檢體異常比例(%) | | | |
| 血流感染個案通報檢體項目 | | 泌尿道感染個案通報檢體項目 | |
| 血液檢體 | 0 | 尿液檢體 | 100 |
| *非血液檢體 | 0 | 血液檢體 | 0 |
| | | *非尿液且非血液檢體 | 0 |
| 十、手術部位感染個案未通報術式分類比例(%)：(自109年1月1日起必填) | | | |
| *未通報術式分類比例 | | — | |
| 備註：上表中欄位名稱標示「*」之數值若大於0，表示資料有錯誤或不合邏輯之處，請貴院務必檢視資料正確性，確認後進行資料修正或重新上傳。 | | | |

261

醫療照護相關感染密度統計資料檢核報表 查詢頁面

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

醫療照護相關感染密度統計資料檢核報表

醫院名稱
 查詢區間 年 月 ~ 月

匯出格式 XLS ODS

- 設定下載資料區間
- 按匯出下載

262

查詢結果

| A | B | C | D | E G H | | | | I | J |
|------|---------|--------|-----------------|-------|--------|-----|-------|------------|-----------|
| | | | | HAI | CLABSI | VAP | CAUTI | | |
| 病房類型 | 病房名稱 | 應通報月份數 | 感染個案(含0通報)通報月份數 | 統計月份數 | | | | 問題月份-問題編號* | 查詢區間人日數=0 |
| 加護病房 | ICU1210 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | - |
| 加護病房 | ICU1211 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | s,t,u |
| 一般病房 | A01 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | - |

備註：

- a：未通報分母之住院人日數或導管使用人日數。
- b：不分部位感染人次數 > 住院人日數。
- c：導管相關感染人次數 > 導管使用人日數。
- f：導管使用人日數 > 住院人日數。
- m：該月份全院皆未通報任何感染個案，亦未進行零通報。
- r：該病房全年住院人日數 = 0。
- s：該病房查詢區間中心導管使用人日數 = 0。
- t：該病房查詢區間呼吸器使用人日數 = 0。
- u：該病房查詢區間導尿管使用人日數 = 0。

263

手術個案通報資料品質檢視表 查詢頁面

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

手術個案通報資料品質檢視表

醫院名稱 9999999166 CDC測試醫院

查詢區間 109 年 01 月 ~ 109 年 03 月

匯出格式 XLS ODS

匯出

重設

- 設定下載資料區間
- 按匯出下載

264

查詢結果-1

| 手術個案通報資料品質檢視表 | | | | | |
|--|------|-----------------------------|-----|-------|---|
| 醫院名稱：CDC測試醫院 醫院層級：其他 手術個案資料通報個案數：13筆 資料手術日期區間：109年1月~109年3月 資料下載日期：109年11月3日 | | | | | |
| 手術個案資料 | | | | | |
| 一、尚未通報手術個案資料之月份數 | | | 0 | | |
| 二、身分證號資料相關檢視(%) | | | | | |
| 身分證編碼格式 | 15.4 | 身分證編碼格式中身分證編碼第2碼與性別一致性檢視(%) | | | |
| *身分證號「待確認」 | 0 | 一致 | 100 | | |
| 身分證號為其他格式 | 84.6 | *不一致 | 0 | | |
| 三、年齡層分布(%) | | | | | |
| 年齡層 | % | 年齡層 | % | 年齡層 | % |
| *<0 | 0 | 15-24 | 0 | 65-84 | 0 |
| 0-4 | 92.3 | 25-44 | 0 | 85-99 | 0 |
| 5-14 | 0 | 45-64 | 7.7 | ≥100 | 0 |

265

查詢結果-2

| 四、傷口分類 | | | | | |
|---|------|---------|----------|--------------|----------------|
| 類別 | 個案數 | 類別 | 個案數 | | |
| 污染 | 9 | 清潔 | 3 | | |
| 清潔、污染 | 1 | | | | |
| 五、ASA分類 | | | | | |
| 類別 | 個案數 | 類別 | 個案數 | 類別 | 個案數 |
| 1 | 9 | 3 | 0 | 5 | 1 |
| 2 | 1 | 4 | 0 | 6 | 1 |
| 六、手術個案分布 | | | | | |
| | 個案總數 | 緊急手術個案數 | 傷口未縫合個案數 | 手術時間<10分鐘個案數 | 手術時間>1440分鐘個案數 |
| 門診手術 | 7 | 7 | 1 | 0 | 0 |
| 住院手術 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 七、同一病歷號同一手術日期通報1筆以上相同術式種類的個案 | | | | | |
| *資料筆數 | 2 | | | | |
| 備註：上表中欄位名稱標示「*」之數值若大於0，表示資料有錯誤或不合邏輯之處，請貴院務必檢視資料正確性，確認後進行資料修正或重新上傳。 ASA分類說明： 1：正常健康病人 2：具有輕度系統性疾病的人 3：具有重度系統性疾病的人 4：具有重度系統性疾病，其嚴重度足以威脅生命的人 5：不論是否接受手術，預期無法存活超過24小時的垂危病人 6：接受器官摘除以供移植的腦死病人 | | | | | |

266

醫療照護相關感染密度監測

查詢頁面

首頁 HAI通報首頁 通報功能 資料查詢/修改 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 說明文件

醫療照護相關感染密度

醫療照護相關感染密度 科別分類定義 指標計算公式

• 可查看各項定義說明

(備註：因無手術住院人日數，故不計算手術部位感染之感染密度)

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107 年 ~ 107 年

• 設定下載資料區間及條件

報表格式 百分位報表 趨勢報表(不提供科別分類分析結果)

病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC病房 RCW 慢性病房

(備註：「病房種類別」複選、單選「全院」時，不提供科別分類分析結果)

匯出格式 XLS ODS

匯出

重設

267

查詢結果-百分位報表

| 醫院層級別醫療照護相關感染密度 - 病房種類別百分位報表 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--------|-------------------|-------|----------|---------|-----|-------------------|----|-----|-----|-----|------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 查詢區間：107 年 ~ 107 年 報表下載日期：109 年 11 月 3 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 病房種類 | 醫院層級別 | 通報醫院家數 | 病房數 ^{註1} | 感染人次數 | 住院人日數 | 感染密度(‰) | MIN | 百分位 ^{註2} | | | | | MAX |
| | | | | | | | | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | |
| 全院 | 醫學中心 | 23 | 922(859) | 2331 | 8052268 | 0.3 | 0 | 0 | 0 | 0.2 | 0.4 | 1.0 | 15.5 |
| | 區域醫院 | 91 | 1638(1497) | 1813 | 10244302 | 0.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.2 | 0.7 | 5.8 |
| | 地區醫院 | 294 | 1115(1012) | 925 | 6231219 | 0.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.3 | 0.8 | 5.2 |
| | 全國 | 407 | 3671(3364) | 5069 | 24527789 | 0.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.3 | 0.8 | 15.5 |

註1：病房數之統計，括弧內數值為納入百分位計算之病房數。
註2：查詢區間之病房數≤10與住院人日數 < 50的病房不納入百分位之計算；另，病房數 < 20僅提供50百分位。

268

查詢結果-趨勢報表

| 醫院層級別醫療照護相關感染密度 - 全院部位別趨勢報表 | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|------|----------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 報表下載日期：109年11月3日 | | | | | | | | | | | | | |
| 醫院層級別 | 查詢區間 | 病房數 | 住院人日數 | 血流 | | 肺炎 | | 泌尿道 | | 其他 | | 合計 | |
| | | | | 感染人次數 | 感染密度(‰) | 感染人次數 | 感染密度(‰) | 感染人次數 | 感染密度(‰) | 感染人次數 | 感染密度(‰) | 感染人次數 | 感染密度(‰) |
| 醫學中心 | 107年 | 922 | 8052268 | 1080 | 0.1 | 206 | 0.0 | 772 | 0.1 | 273 | 0.0 | 2331 | 0.3 |
| 區域醫院 | 107年 | 1638 | 10244302 | 735 | 0.1 | 249 | 0.0 | 719 | 0.1 | 110 | 0.0 | 1813 | 0.2 |
| 地區醫院 | 107年 | 1115 | 6231219 | 163 | 0.0 | 221 | 0.0 | 402 | 0.1 | 139 | 0.0 | 925 | 0.1 |
| 全國 | 107年 | 3671 | 24527789 | 1978 | 0.1 | 676 | 0.0 | 1893 | 0.1 | 522 | 0.0 | 5069 | 0.2 |

| 查詢區間 | 醫院層級別 | 病房數 | 住院人日數 | 血流 | | 肺炎 | | 泌尿道 | | 其他 | | 合計 | |
|------|-------|------|----------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|
| | | | | 感染人次數 | 感染密度(‰) | 感染人次數 | 感染密度(‰) | 感染人次數 | 感染密度(‰) | 感染人次數 | 感染密度(‰) | 感染人次數 | 感染密度(‰) |
| 107年 | 醫學中心 | 922 | 8052268 | 1080 | 0.1 | 206 | 0.0 | 772 | 0.1 | 273 | 0.0 | 2331 | 0.3 |
| | 區域醫院 | 1638 | 10244302 | 735 | 0.1 | 249 | 0.0 | 719 | 0.1 | 110 | 0.0 | 1813 | 0.2 |
| | 地區醫院 | 1115 | 6231219 | 163 | 0.0 | 221 | 0.0 | 402 | 0.1 | 139 | 0.0 | 925 | 0.1 |
| | 全國 | 3671 | 24527789 | 1978 | 0.1 | 676 | 0.0 | 1893 | 0.1 | 522 | 0.0 | 5069 | 0.2 |

侵入性醫療裝置相關感染 查詢頁面

🏠 首頁
HAI通報首頁
通報功能
資料查詢/修改
統計報表
年報問卷調查
視覺化圖表
📄 說明文件

侵入性醫療裝置相關感染

侵入性醫療裝置相關感染
科別分類定義
導管相關感染研判邏輯
指標計算公式

• 可查看各項定義說明

監測項目 中心導管 呼吸器 導尿管

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 年 ~ 年

報表格式 百分位報表 趨勢報表(不提供科別分類分析結果)

病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC病房 RCW 慢性病房
(備註：「病房種類別」複選、單選「全院」時，不提供科別分類分析結果)

匯出格式 XLS ODS

匯出

重設

• 設定下載資料區間及條件

查詢結果-百分位報表1

| 醫院層級別侵入性醫療裝置相關感染 - 病房種類別呼吸器相關肺炎感染密度百分位報表 | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--------------------|-----------|---------|---------|-----|--------------------|----|----|----|-----|------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 查詢區間：107年~107年 報表下載日期：109年11月3日 | | | | | | | | | | | | |
| 病房種類 | 醫院層級別 | 病房數 ⁽¹⁾ | 導管相關感染人次數 | 導管使用人日數 | 感染密度(%) | MIN | 百分位 ⁽²⁾ | | | | | MAX |
| | | | | | | | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | |
| 全院 | 醫學中心 | 688(319) | 35 | 460120 | 0.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9.5 |
| | 區域醫院 | 1394(375) | 60 | 510739 | 0.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.4 | 13.7 |
| | 地區醫院 | 1030(360) | 124 | 919273 | 0.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.5 | 14.5 |
| | 全國 | 3112(1054) | 219 | 1890132 | 0.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.3 | 14.5 |

註1：病房數之統計，括弧內數值為納入百分位計算之病房數。
註2：查詢區間之病房數≤10與導管使用人日數 < 50的病房不納入百分位之計算；另，病房數 < 20僅提供50百分位。

查詢結果-百分位報表2

| 醫院層級別侵入性醫療裝置相關感染 - 病房種類別呼吸器使用比率百分位報表 | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--------------------|---------|----------|---------|-----|--------------------|----|-----|------|------|------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 查詢區間：107年~107年 報表下載日期：109年11月3日 | | | | | | | | | | | | |
| 病房種類 | 醫院層級別 | 病房數 ⁽¹⁾ | 導管使用人日數 | 住院人日數 | 使用比率(%) | MIN | 百分位 ⁽²⁾ | | | | | MAX |
| | | | | | | | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | |
| 全院 | 醫學中心 | 688(629) | 460120 | 5458636 | 8.4 | 0 | 0 | 0 | 0.5 | 31.4 | 64.5 | 90.0 |
| | 區域醫院 | 1394(1261) | 510739 | 8522886 | 6.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.5 | 56.1 | 100 |
| | 地區醫院 | 1030(934) | 919273 | 5681097 | 16.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 44.0 | 98.7 | 100 |
| | 全國 | 3112(2824) | 1890132 | 19662619 | 9.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 26.9 | 73.0 | 100 |

註1：病房數之統計，括弧內數值為納入百分位計算之病房數。
註2：查詢區間之病房數≤10與住院人日數 < 50的病房不納入百分位之計算；另，病房數 < 20僅提供50百分位。

查詢結果-趨勢報表

| 醫院層級別侵入性醫療裝置相關感染 - 全院呼吸器趨勢報表 | | | | | | | |
|------------------------------|-------|------|-----------|---------|---------|----------|---------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 | | | | | | | |
| 查詢區間：107年~107年 | | | | | | | |
| 報表下載日期：109年11月3日 | | | | | | | |
| 醫院層級別 | 查詢區間 | 病房數 | 導管相關感染人次數 | 導管使用人日數 | 感染密度(‰) | 住院人日數 | 使用比率(%) |
| 醫學中心 | 107年 | 688 | 35 | 460120 | 0.1 | 5458636 | 8.4 |
| 區域醫院 | 107年 | 1394 | 60 | 510739 | 0.1 | 8522886 | 6.0 |
| 地區醫院 | 107年 | 1030 | 124 | 919273 | 0.1 | 5681097 | 16.2 |
| 全國 | 107年 | 3112 | 219 | 1890132 | 0.1 | 19662619 | 9.6 |
| 查詢區間 | 醫院層級別 | 病房數 | 導管相關感染人次數 | 導管使用人日數 | 感染密度 | 住院人日數 | 使用比率 |
| 107年 | 醫學中心 | 688 | 35 | 460120 | 0.1 | 5458636 | 8.4 |
| | 區域醫院 | 1394 | 60 | 510739 | 0.1 | 8522886 | 6.0 |
| | 地區醫院 | 1030 | 124 | 919273 | 0.1 | 5681097 | 16.2 |
| | 全國 | 3112 | 219 | 1890132 | 0.1 | 19662619 | 9.6 |

醫療照護相關感染部位別及導管相關感染 查詢頁面1

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

醫療照護相關感染部位別及導管相關感染

[醫療照護相關感染部位別及導管相關感染](#)
[導管相關感染研判邏輯](#)
[指標計算公式](#)
• 可查看各項定義說明

監測項目 部位別感染分率 部位別導管相關感染率

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107年 ~ 107年 • 設定下載資料區間及條件

病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC病房 RCW 慢性病房

匯出格式 XLS ODS

查詢結果-部位別感染分率報表

| 醫院層級別醫療照護相關感染 - 全院部位別感染分率趨勢報表 | | | | | | | | | | | | |
|---|------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 查詢區間：107年 ~ 107年 報表下載日期：109年11月3日 | | | | | | | | | | | | |
| 醫院層級別 | 查詢區間 | 總感染人次數 | 血流 | | 肺炎 | | 泌尿道 | | 手術部位 | | 其他 | |
| | | | 感染人次數 | 比率(%) | 感染人次數 | 比率(%) | 感染人次數 | 比率(%) | 感染人次數 | 比率(%) | 感染人次數 | 比率(%) |
| 醫學中心 | 107年 | 2530 | 1083 | 42.8 | 206 | 8.1 | 773 | 30.6 | 195 | 7.7 | 273 | 10.8 |
| 區域醫院 | 107年 | 2168 | 787 | 36.3 | 271 | 12.5 | 818 | 37.7 | 158 | 7.3 | 134 | 6.2 |
| 地區醫院 | 107年 | 1072 | 189 | 17.6 | 237 | 22.1 | 443 | 41.3 | 48 | 4.5 | 155 | 14.5 |
| 全國 | 107年 | 5770 | 2059 | 35.7 | 714 | 12.4 | 2034 | 35.3 | 401 | 6.9 | 562 | 9.7 |

| 查詢區間 | 醫院層級別 | 總感染人次數 | 血流 | | 肺炎 | | 泌尿道 | | 手術部位 | | 其他 | |
|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | 感染人次數 | 比率(%) | 感染人次數 | 比率(%) | 感染人次數 | 比率(%) | 感染人次數 | 比率(%) | 感染人次數 | 比率(%) |
| 107年 | 醫學中心 | 2530 | 1083 | 42.8 | 206 | 8.1 | 773 | 30.6 | 195 | 7.7 | 273 | 10.8 |
| | 區域醫院 | 2168 | 787 | 36.3 | 271 | 12.5 | 818 | 37.7 | 158 | 7.3 | 134 | 6.2 |
| | 地區醫院 | 1072 | 189 | 17.6 | 237 | 22.1 | 443 | 41.3 | 48 | 4.5 | 155 | 14.5 |
| | 全國 | 5770 | 2059 | 35.7 | 714 | 12.4 | 2034 | 35.3 | 401 | 6.9 | 562 | 9.7 |

醫療照護相關感染部位別及導管相關感染

查詢頁面2

醫療照護相關感染部位別及導管相關感染

醫療照護相關感染部位別及導管相關感染 [導管相關感染研判邏輯 指標計算公式](#)

監測項目 部位別感染分率 部位別導管相關感染率

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107年 ~ 107年

報表格式 百分位報表 趨勢報表

病房種別 全院 加護病房 一般病房 RCC RCW 慢性病房

匯出格式 XLS ODS

匯出

重設

• 設定下載資料區間及條件

查詢結果-部位別導管相關感染率百分位報表

| 醫院層級別醫療照護相關感染 - 全院部位別導管相關感染率百分位報表 | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|------|-----------|-------|-------|-----|-----|----|------|------|------|-----|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 查詢區間：107年~107年 報表下載日期：109年11月3日 | | | | | | | | | | | | |
| 醫院層級別 | 感染部位 | 病房數 | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 | 比率(%) | MIN | 百分位 | | | | | MAX |
| | | | | | | | 10 | 25 | 50 | 75 | 90 | |
| 醫學中心 | 血流感染 | 589 | 615 | 1083 | 56.8 | 0 | 0 | 0 | 33.3 | 100 | 100 | 100 |
| | 泌尿道感染 | 589 | 541 | 773 | 70.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 |
| | 肺炎 | 589 | 39 | 206 | 18.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| 區域醫院 | 血流感染 | 714 | 356 | 787 | 45.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50.0 | 100 | 100 |
| | 泌尿道感染 | 714 | 580 | 818 | 70.9 | 0 | 0 | 0 | 50.0 | 100 | 100 | 100 |
| | 肺炎 | 714 | 76 | 271 | 28.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| 地區醫院 | 血流感染 | 386 | 51 | 189 | 27.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 75.0 | 100 |
| | 泌尿道感染 | 386 | 285 | 443 | 64.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 |
| | 肺炎 | 386 | 136 | 237 | 57.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 100 |
| 全國 | 血流感染 | 1689 | 1022 | 2059 | 49.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 66.7 | 100 | 100 |
| | 泌尿道感染 | 1689 | 1406 | 2034 | 69.1 | 0 | 0 | 0 | 20.0 | 100 | 100 | 100 |
| | 肺炎 | 1689 | 251 | 714 | 35.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50.0 | 100 |

註1：查詢區間之病房數≤10不納入百分位之計算，病房數 < 20僅提供50百分位。

查詢結果-部位別導管相關感染率趨勢報表

| 醫院層級別醫療照護相關感染 - 全院部位別導管相關感染率趨勢報表 | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|-----------|-------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 查詢區間：107年~107年 報表下載日期：109年11月3日 | | | | | | | | | | | | | |
| 醫院層級別 | 查詢區間 | 病房數 | 血流 | | | 肺炎 | | | 泌尿道 | | | 合計 | |
| | | | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 | 比率(%) | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 | 比率(%) | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 | 比率(%) | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 |
| 醫學中心 | 107年 | 589 | 615 | 1083 | 56.8 | 39 | 206 | 18.9 | 541 | 773 | 70.0 | 1195 | 2062 |
| 區域醫院 | 107年 | 714 | 356 | 787 | 45.2 | 76 | 271 | 28.0 | 580 | 818 | 70.9 | 1012 | 1876 |
| 地區醫院 | 107年 | 386 | 51 | 189 | 27.0 | 136 | 237 | 57.4 | 285 | 443 | 64.3 | 472 | 869 |
| 全國 | 107年 | 1689 | 1022 | 2059 | 49.6 | 251 | 714 | 35.2 | 1406 | 2034 | 69.1 | 1022 | 2059 |

| 查詢區間 | 醫院層級別 | 病房數 | 血流 | | | 肺炎 | | | 泌尿道 | | | 合計 | |
|------|-------|------|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|-----------|-------|-------|-----------|-------|
| | | | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 | 比率(%) | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 | 比率(%) | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 | 比率(%) | 導管相關感染人次數 | 感染人次數 |
| 107年 | 醫學中心 | 589 | 615 | 1083 | 56.8 | 39 | 206 | 18.9 | 541 | 773 | 70.0 | 1195 | 2062 |
| | 區域醫院 | 714 | 356 | 787 | 45.2 | 76 | 271 | 28.0 | 580 | 818 | 70.9 | 1012 | 1876 |
| | 地區醫院 | 386 | 51 | 189 | 27.0 | 136 | 237 | 57.4 | 285 | 443 | 64.3 | 472 | 869 |
| | 全國 | 1689 | 1022 | 2059 | 49.6 | 251 | 714 | 35.2 | 1406 | 2034 | 69.1 | 1022 | 2059 |

醫療照護相關感染病原體-菌種排名

查詢頁面

首頁 HAI通報首頁 通報功能 資料查詢/修改 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 說明文件

醫療照護相關感染病原體-菌種排名

- 監測項目 不分部位 部位別 導管別
- 分析範圍 全國統計 醫院別統計
- 範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別
- 醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院
- 日期格式 年度 年季 年月
- 查詢區間 107 年 ~ 108 年
- 病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC RCW 慢性病房
(備註：查詢區間 109 年以前，RCW 及慢性病房併入一般病房計算。)
- 匯出格式 XLS ODS

設定下載資料區間及條件

匯出

重設

279

查詢結果

| 菌屬/菌種 ^{註1} | 細分菌種 ^{註2} | 107年 | | 108年 | |
|----------------------------------|--------------------------------|------|-------|------|-------|
| | | 排名 | 菌株數 | 排名 | 菌株數 |
| Escherichia coli | | 1 | 3471 | 1 | 3709 |
| Klebsiella pneumoniae | | 2 | 2498 | 2 | 2810 |
| Pseudomonas aeruginosa | | 3 | 1769 | 3 | 1870 |
| Enterococcus faecium | | 4 | 1505 | 4 | 1803 |
| Candida spp. | | 6 | 1230 | 5 | 1459 |
| Candida albicans | | 8 | 1151 | 6 | 1452 |
| Staphylococcus aureus | | 5 | 1249 | 7 | 1355 |
| Acinetobacter baumannii | | 7 | 1172 | 8 | 1090 |
| Yeast-like | | 11 | 984 | 9 | 1088 |
| Enterococcus faecalis | | 10 | 993 | 10 | 1080 |
| Enterobacter spp. | | 9 | 1111 | 11 | 1031 |
| | E.cloacae | | 780 | | 657 |
| | Other Enterobacter spp. or NOS | | 331 | | 374 |
| Coagulase negative staphylococci | | 12 | 732 | 12 | 735 |
| Clostridioides difficile | | 13 | 593 | 13 | 715 |
| Stenotrophomonas maltophilia | | 14 | 456 | 14 | 497 |
| Proteus spp. | | 15 | 353 | 15 | 385 |
| | Other Proteus spp. or NOS | | 51 | | 53 |
| | Proteus mirabilis | | 302 | | 332 |
| Serratia marcescens | | 16 | 348 | 16 | 378 |
| Enterobacter cloacae complex | | 29 | 62 | 17 | 281 |
| Acinetobacter nosocomialis | | 31 | 56 | 18 | 211 |
| Bacteroides fragilis | | 19 | 145 | 19 | 157 |
| Chryseobacterium indologenes | | 18 | 172 | 19 | 157 |
| Others ^{註3} | | | 3514 | | 4068 |
| 合計 | | | 23564 | | 26331 |

280

醫療照護相關感染病原體-單一菌種抗藥性監測

查詢頁面1

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

醫療照護相關感染病原體-單一菌種抗藥性監測

醫療照護相關感染病原體-抗藥性監測
指標計算公式
• 可查看各項定義說明

報表類別 抗藥性比率 抗藥性圖譜

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107 年 ~ 107 年 • 設定下載資料區間及條件

病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC病房 RCW 慢性病房

細菌種類
 1. Acinetobacter baumannii
 2. Escherichia coli

抗生素項目
 1. Imipenem (IPM)
 2. Meropenem (MEM)

匯出格式 XLS ODS

281

查詢結果-抗藥性比率報表

| 醫院層級別醫療照護相關感染病原體 - 全院單一菌種抗藥性比率 | | | |
|--------------------------------|-----------|------|------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 | | | |
| 查詢區間：107 年 ~ 107 年 | | | |
| 報表下載日期：109 年 11 月 3 日 | | | |
| Acinetobacter baumannii | | | |
| 醫院層級別 | 抗生素項目 | 107年 | |
| | | 菌株總數 | 抗藥% |
| 醫學中心 | Imipenem | - | - |
| 區域醫院 | Imipenem | 1 | 0 |
| 地區醫院 | Imipenem | 4 | 75.0 |
| 全國 | Imipenem | 5 | 60.0 |
| 醫學中心 | Meropenem | - | - |
| 區域醫院 | Meropenem | - | - |
| 地區醫院 | Meropenem | 2 | 50.0 |
| 全國 | Meropenem | 2 | 50.0 |

Acinetobacter baumannii Escherichia coli

醫療照護相關感染病原體-單一菌種抗藥性監測

查詢頁面2

醫療照護相關感染病原體-單一菌種抗藥性監測

醫療照護相關感染病原體-抗藥性監測 **指標計算公式**

報表類別 抗藥性比率 抗藥性圖譜

報表種類 固定報表 非固定報表

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107 年 ~ 107 年

病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC RCW 慢性病房

細菌種類

1.Acinetobacter baumannii
2.Escherichia coli

選取

抗生素項目

1.Imipenem (IPM)
2.Meropenem (MEM)

選取

匯出格式 XLS ODS

匯出

重設

• 設定下載資料區間及條件

283

查詢結果-抗藥性固定圖譜

醫學中心醫療照護相關感染病原體 - 全院單一菌種抗藥性比率

醫院種類: 含精神/慢性醫院
查詢區間: 107 年 ~ 107 年
報表下載日期: 109 年 11 月 3 日

| Pathogen (No. of isolates reported) | Amikacin | Amoxicillin | Amoxicillin/Clavulanic acid | Ampicillin | Ampicillin/Sulbactam | Aztreonam | Cefazolin | Cefepime | Ceftriaxone | Cefuroxime | Cefuroxime sodium | Chloramphenicol | Ciprofloxacin | Clindamycin | Colistin | Daptomycin | Doxipenem | Ertapenem | Erythromycin | Gentamicin | | | | | |
|---|--|-------------|-----------------------------|----------------|----------------------|----------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|-------------------|-----------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------|--------------|------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|------------------|
| Acinetobacter baumannii ^a (1172) ^b | 57.3 ^c (43.8) ^d | | | 1.8 (9.6) | 60.7 (69.1) | 28.9 (3.8) | 0 (2.6) | 51.6 (89.4) | | 85.1 (5.7) | 41.3 (9.3) | 100 (0.1) | 46.7 (98) | 19.2 (26.7) | | 100 (0.1) | | 53.5 (90) | 98.1 (62.5) | 100 (0.1) | 49.1 (27.5) | 100 (0.2) | 0 (0.2) | 48.1 (33.8) | |
| Campylobacter spp. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Citrobacter spp. (16) | 99 (1250) | | 47.1 (212.5) | 1.8 (366.3) | 41.2 (637.5) | 66.7 (18.8) | 39.2 (987.5) | 92.4 (981.3) | 87.5 (100) | 100 (66.3) | 74 (456.3) | 61.3 (193.8) | 74.7 (1012.5) | 73 (787.5) | 44.8 (181.3) | 46.7 (575) | | | 91.4 (1168.8) | | 100 (12.5) | | 100 (150) | 96.9 (1225) | 30.5 (1318.8) |
| Clostridioides difficile (593) | | | | 97.1 (17.5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enterobacter cloacae | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enterococcus faecalis (993) | 100 (0.4) | | | 99 (58.3) | 88.4 (6.9) | | 0 (0.4) | 0 (0.2) | | | 0 (0.1) | | 0 (0.2) | | | | | | | | | | | | |
| Enterococcus faecium (1505) | 80 (0.3) | | | 4.8 (60.6) | 4.9 (8.1) | | 0 (0.3) | 40 (0.3) | | | | 25 (0.1) | 100 (0.1) | | | | | | | | | | | | |
| Escherichia coli (3471) | 99.1 (92.7) | | 59.3 (19) | 14.4 (30.8) | 29.7 (75.1) | 50.7 (2.2) | 36.3 (85.8) | 68.7 (79.8) | 52.6 (6.1) | 86.5 (6) | 53 (34.9) | 65.2 (19) | 60.2 (74.2) | 46.8 (69.7) | 45.2 (18.8) | 42.4 (46.5) | | | | | | | | | |

284

查詢結果-抗藥性非固定圖譜

醫學中心醫療照護相關感染病原體 - 全院單一菌種抗藥性比率

醫院種類：含精神/慢性醫院
查詢區間：107年~107年
報表下載日期：109年11月3日

| Data shown as: %susceptible (% isolates tested) | Imipenem | Meropenem |
|---|---------------------|-----------|
| Pathogen (No.of isolatesreported) | | |
| Acinetobacter baumannii ^a | 51.9 ^c | 51.9 |
| (1172) ^b | (70.7) ^d | (65.7) |
| Escherichia coli | 97.5 | 97.4 |
| (3471) | (72.1) | (26.2) |

註：a.菌種名稱 b.菌株總數 c.敏感性菌株比率(%) d.菌株通報執行藥敏試驗比率(%)

285

醫療照護相關感染病原體-多重抗藥性細菌抗藥性監測 查詢頁面1

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

醫療照護相關感染病原體-多重抗藥性細菌抗藥性監測

[醫療照護相關感染病原體-抗藥性監測](#)
[指標計算公式](#)
• 可查看各項定義說明

監測項目 多重抗藥性細菌 多重抗藥性細菌感染密度
 報表類別 抗藥性比率 對其他特定抗生素之抗藥性比率

多重抗藥性細菌 CRAB CRE CR E.coli CRKP CRPA
 VRE VR E.faecium VR E.faecalis MRSA

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107年 ~ 107年

病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC病房 RCW 慢性病房

匯出格式 XLS ODS

匯出 重設
• 設定下載資料區間及條件

286

查詢結果-多重抗藥性細菌抗藥性比率報表

| 醫院層級別醫療照護相關感染病原體 - 全院多重抗藥性細菌抗藥性比率 | | |
|-----------------------------------|------|------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 | | |
| 查詢區間：107年~107年 | | |
| 報表下載日期：109年11月3日 | | |
| CRAB | | |
| | 107年 | |
| 醫院層級別 | 菌株總數 | 抗藥% |
| 醫學中心 | 138 | 46.4 |
| 區域醫院 | 133 | 60.2 |
| 地區醫院 | 79 | 79.7 |
| 全國 | 350 | 59.1 |

287

醫療照護相關感染病原體-多重抗藥性細菌抗藥性監測 查詢頁面2

醫療照護相關感染病原體-多重抗藥性細菌抗藥性監測

醫療照護相關感染病原體-抗藥性監測 指標計算公式

監測項目 多重抗藥性細菌 多重抗藥性細菌感染密度

報表類別 抗藥性比率 對其他特定抗生素之抗藥性比率

多重抗藥性細菌 CRAB CRE MRSA CSAB

分析範圍 全國統計 醫院別統計

• 設定下載資料區間及條件

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107年 ~ 107年

病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC RCW 慢性病房

匯出格式 XLS ODS

匯出

重設

288

查詢結果-多重抗藥性細菌對其他特定抗生素之抗藥性比率報表

醫院層級別醫療照護相關感染病原體 - 全院多重抗藥性細菌對其他特定抗生素之抗藥性比率

醫院種類：含精神/慢性醫院
查詢區間：107年~107年
報表下載日期：109年11月3日

CRE

| 醫院層級別 | 查詢區間 | Amikacin | | Ampicillin/Sulbactam | | Cefazolin | | Cefepime | | Cefotaxime | | Ceftazidime | | Ceftriaxone | |
|-------|------|----------|------|----------------------|------|-----------|------|----------|------|------------|------|-------------|------|-------------|------|
| | | 菌株總數 | 抗藥% | 菌株總數 | 抗藥% | 菌株總數 | 抗藥% | 菌株總數 | 抗藥% | 菌株總數 | 抗藥% | 菌株總數 | 抗藥% | 菌株總數 | 抗藥% |
| 醫學中心 | 107年 | 135 | 26.7 | 103 | 96.1 | 117 | 98.3 | 121 | 69.4 | 48 | 91.7 | 106 | 84.9 | 86 | 84.9 |
| 區域醫院 | 107年 | 128 | 19.5 | 95 | 94.7 | 123 | 97.6 | 103 | 64.1 | 50 | 92.0 | 107 | 84.1 | 97 | 83.5 |
| 地區醫院 | 107年 | 69 | 39.1 | 53 | 90.8 | 64 | 96.9 | 60 | 65.0 | 30 | 90.0 | 54 | 77.8 | 41 | 92.7 |
| 全國 | 107年 | 332 | 26.5 | 251 | 94.4 | 304 | 97.7 | 284 | 66.5 | 128 | 91.4 | 267 | 83.1 | 224 | 85.7 |

289

醫療照護相關感染病原體-多重抗藥性細菌抗藥性監測

查詢頁面3

醫療照護相關感染病原體-多重抗藥性細菌抗藥性監測

醫療照護相關感染病原體-抗藥性監測 **指標計算公式**

監測項目 多重抗藥性細菌 多重抗藥性細菌感染密度

多重抗藥性細菌 CRAB CRE CR E.coli CRKP CRPA
 VRE VR E.faecium VR E.faecalis MRSA

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

醫院種類 不含精神/慢性醫院 含精神/慢性醫院 僅精神/慢性醫院

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107年 ~ 107年

病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC RCW 慢性病房

匯出格式 XLS ODS

匯出 **重設**

• 設定下載資料區間及條件

查詢結果-多重抗藥性細菌感染密度報表

| 醫院層級別醫療照護相關感染病原體 - 全院多重抗藥性細菌感染密度 | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|------|----------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|
| 醫院種類：含精神/慢性醫院 | | | | | | | | | | | | |
| 查詢區間：107年~107年 | | | | | | | | | | | | |
| 報表下載日期：109年11月3日 | | | | | | | | | | | | |
| CRAB | | | | | | | | | | | | |
| 醫院層級別 | 查詢區間 | 住院人口數 | 血流 | | 肺炎 | | 泌尿道 | | 其他部位 | | 合計 | |
| | | | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) |
| 醫學中心 | 107年 | 8272125 | 35 | 0.004 | 9 | 0.001 | 14 | 0.002 | 5 | 0.001 | 63 | 0.008 |
| 區域醫院 | 107年 | 12754800 | 33 | 0.003 | 21 | 0.002 | 13 | 0.001 | 4 | 0.000 | 71 | 0.006 |
| 地區醫院 | 107年 | 9251732 | 8 | 0.001 | 24 | 0.003 | 17 | 0.002 | 4 | 0.000 | 53 | 0.006 |
| 全國 | 107年 | 30278707 | 76 | 0.003 | 54 | 0.002 | 44 | 0.001 | 13 | 0.000 | 187 | 0.006 |

| 查詢區間 | 醫院層級別 | 住院人口數 | 血流 | | 肺炎 | | 泌尿道 | | 其他部位 | | 合計 | |
|------|-------|----------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|
| | | | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) | 抗藥菌株數 | 感染密度(‰) |
| 107年 | 醫學中心 | 8272125 | 35 | 0.004 | 9 | 0.001 | 14 | 0.002 | 5 | 0.001 | 63 | 0.008 |
| | 區域醫院 | 12754800 | 33 | 0.003 | 21 | 0.002 | 13 | 0.001 | 4 | 0.000 | 71 | 0.006 |
| | 地區醫院 | 9251732 | 8 | 0.001 | 24 | 0.003 | 17 | 0.002 | 4 | 0.000 | 53 | 0.006 |
| | 全國 | 30278707 | 76 | 0.003 | 54 | 0.002 | 44 | 0.001 | 13 | 0.000 | 187 | 0.006 |

手術感染率報表

查詢頁面1

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

手術感染率報表

手術感染率報表 **指標計算公式** • 可查看各項定義說明
(備註：手術感染率報表之分析不含精神/慢性醫院)

報表類別 全院住院手術感染率 全院住院術式別手術感染率

個案感染收案來源 手術住院期間收案(含未填寫) 門診收案 出院後再入院收案

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107年 ~ 107年 • 設定下載資料區間及條件

匯出格式 XLS ODS

查詢結果-全院住院手術感染率報表

| 醫院層級別 | 醫院家數 | 全院手術感染人次數 | 全院住院手術人次數 | 感染率(%) |
|-------|------|-----------|-----------|--------|
| 醫學中心 | 1 | 5 | 1545 | 0.3 |
| 區域醫院 | 28 | 137 | 111504 | 0.1 |
| 地區醫院 | 53 | 18 | 37058 | 0 |
| 全國 | 82 | 160 | 150107 | 0.1 |

收案來源：手術住院期間收案(含未填寫)
查詢區間：107年~107年
報表下載日期：109年11月3日

293

查詢結果-全院住院手術感染率趨勢報表

| 醫院層級別 | 查詢區間 | 醫院家數 | 全院手術感染人次數 | 全院住院手術人次數 | 感染率(%) |
|-------|------|------|-----------|-----------|--------|
| 醫學中心 | 107年 | 1 | 5 | 1545 | 0.3 |
| 區域醫院 | 107年 | 28 | 137 | 111504 | 0.1 |
| 地區醫院 | 107年 | 53 | 18 | 37058 | 0 |
| 全國 | 107年 | 82 | 160 | 150107 | 0.1 |

收案來源：手術住院期間收案(含未填寫)
查詢區間：107年~107年
報表下載日期：109年11月3日

| 查詢區間 | 醫院層級別 | 醫院家數 | 全院手術感染人次數 | 全院住院手術人次數 | 感染率(%) |
|------|-------|------|-----------|-----------|--------|
| 107年 | 醫學中心 | 1 | 5 | 1545 | 0.3 |
| | 區域醫院 | 28 | 137 | 111504 | 0.1 |
| | 地區醫院 | 53 | 18 | 37058 | 0 |
| | 全國 | 82 | 160 | 150107 | 0.1 |

294

手術感染率報表

查詢頁面2

手術感染率報表

手術感染率報表 [指標計算公式](#)

(備註：手術感染率報表之分析不含精神/慢性醫院)

報表類別 全院住院手術感染率 全院住院術式別手術感染率

個案感染收案來源 手術住院期間收案(含未填寫) 門診收案 出院後再入院收案

分析範圍 全國統計 醫院別統計

範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別

日期格式 年度 年季 年月

查詢區間 107 年 ~ 107 年

術式別

1.BILI

選取

• 設定下載資料區間及條件

匯出格式 XLS ODS

匯出

重設

295

查詢結果-全院住院術式別手術感染率報表

| 術式別 | 醫院層級別 | 醫院家數 | 全院手術感染人次數 | 全院住院手術人次數 | 感染率(%) |
|------|-------|------|-----------|-----------|--------|
| BILI | 區域醫院 | 2 | 0 | 26 | 0 |
| | 全國 | 2 | 0 | 26 | 0 |

296

查詢結果-全院住院術式別手術感染率趨勢報表

| 醫院層級別 | 查詢區間 | 醫院家數 | 院手術感染人次 | 全院住院手術人次數 | 感染率(%) |
|-------|-------|------|---------|-----------|--------|
| 區域醫院 | 107年 | 2 | 0 | 26 | 0 |
| 全國 | 107年 | 2 | 0 | 26 | 0 |
| 查詢區間 | 醫院層級別 | 醫院家數 | 院手術感染人次 | 全院住院手術人次數 | 感染率(%) |
| 107年 | 區域醫院 | 2 | 0 | 26 | 0 |
| | 全國 | 2 | 0 | 26 | 0 |

297

侵入性導管相關標準化感染比報表

查詢頁面

[首頁](#)
[HAI通報首頁](#)
[通報功能](#)
[資料查詢/修改](#)
[統計報表](#)
[年報問卷調查](#)
[視覺化圖表](#)
[說明文件](#)

侵入性導管相關標準化感染比報表

監測項目 中心導管 呼吸器 導尿管
 分析範圍 全國統計 醫院別統計
 範圍子類別 醫院層級別 區域別 縣市別
 病房種類別 全院 加護病房 一般病房 RCC病房 RCW 慢性病房
 基準值年度 年 ~ 年
(註：因醫療照護相關感染監測定義於107年更新，故欲選取107年後之資料只能以107年起之資料作為基準值年度)
 日期格式 年度 年季 年月
 查詢區間 年 ~ 年
 報表呈現方式 依範圍子類別 依日期格式查詢區間
 匯出格式 XLS ODS

• 設定下載資料區間及條件

匯出
重設

298

查詢結果-依範圍子類別報表

| 醫院層級別 | 年度 | 觀察感染人次數(O) | 預期感染人次數 ¹ (E) | 標準化感染比 ² (O/E) | 95%信賴區間下限 ^{3,4} | 95%信賴區間上限 ^{3,4} |
|-------|------|------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 醫學中心 | 108年 | 4236 | 3963 | 1.07 | 1.04 | 1.10 |
| 區域醫院 | 108年 | 3785 | 3899 | 0.97 | 0.94 | 1.00 |
| 地區醫院 | 108年 | 2186 | 2265 | 0.97 | 0.93 | 1.01 |
| 全國 | 108年 | 10207 | 10127 | 1.01 | 0.99 | 1.03 |

備註：
 1. 預期感染人次數一律以全國基準值與使用人日數相乘而得
 2. 統計公式如下：
 (1) 標準化感染比=實際感染人次數/預期感染人次數
 (2) 95%信賴區間下限=O/E (1-1/90-1.96/√90)³
 (3) 95%信賴區間上限=(O+1)/E (1-1/9(O+1) + 1.96/√(9(O+1)))³
 3. 觀察感染人次數(O)為0時，不提供95%信賴區間下限數值，以“-”表示
 4. 若預期感染人次數(E)小於1時，不提供標準化感染比及95%信賴區間數值，以“-”表示
 5. 預期感染人次數以四捨五入取至整數位呈現，故全國數值與醫院層級別總和會有些微差異

查詢結果-依日期格式查詢區間報表

| 年度 | 醫院層級別 | 觀察感染人次數(O) | 預期感染人次數 ¹ (E) | 標準化感染比 ² (O/E) | 95%信賴區間下限 ^{3,4} | 95%信賴區間上限 ^{3,4} |
|------|-------|------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 108年 | 醫學中心 | 4236 | 3963 | 1.07 | 1.04 | 1.10 |
| | 區域醫院 | 3785 | 3899 | 0.97 | 0.94 | 1.00 |
| | 地區醫院 | 2186 | 2265 | 0.97 | 0.93 | 1.01 |
| | 全國 | 10207 | 10127 | 1.01 | 0.99 | 1.03 |

備註：
 1. 預期感染人次數一律以全國基準值與使用人日數相乘而得
 2. 統計公式如下：
 (1) 標準化感染比=實際感染人次數/預期感染人次數
 (2) 95%信賴區間下限=O/E (1-1/90-1.96/√90)³
 (3) 95%信賴區間上限=(O+1)/E (1-1/9(O+1) + 1.96/√(9(O+1)))³
 3. 觀察感染人次數(O)為0時，不提供95%信賴區間下限數值，以“-”表示
 4. 若預期感染人次數(E)小於1時，不提供標準化感染比及95%信賴區間數值，以“-”表示
 5. 預期感染人次數以四捨五入取至整數位呈現，故全國數值與醫院層級別總和會有些微差異

年報問卷調查

待辦事項

年報問卷調查(填寫時間:108/02/01-108/04/30)

年報問卷調查

台灣院內感染監視系統-年報問卷調查

為分析全國各級醫院去年度全院醫療照護相關感染情形，以提供醫院了解同儕醫院內整體現況，請協助填報以下內容。

調查年度：107年度

醫院名稱：CDC測試醫院

一.問卷內容

1. 全院醫療照護相關感染人次:300 人次；
2. 全院住院人次:1000 人次；
3. 全院住院人日:1000 人日。

二.聯絡窗口資料：

1. 姓名:醫院測試員
2. 連絡電話: 2222-2222
3. 電子信箱: tnitest@gmail.com

儲存

301

- 僅可由待辦事項點選「年報問卷調查」。
- 於開放期間內輸入完年報問卷後點『儲存』：預計為每年2月1日至4月30日開放填寫。
- 於開放填寫期間，可隨時透過點選待辦事項連結，進入修改內容。

年報問卷調查匯出-1

首頁 HAI通報首頁 通報功能 資料查詢/修改 統計報表 年報問卷調查 視覺化圖表 說明文件

年報問卷調查匯出

醫院院所 9999999166 CDC測試醫院 院所層級 全部
區管中心 疾病管制署臺北區管制中心 院所縣市 台北市
查詢區間 107 年~ 107 年
匯出格式 XLS ODS

查詢

匯出

重設

各醫院僅可檢視自身醫院填寫情形。

【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| 調查年度 | 醫院層級 | 區域 | 縣市 | 醫院名稱 | 醫院流水號 | 全院醫療照護 相關感染人次數 | 全院 住院人次數 | 全院住院人日數 | 聯絡窗口 姓名 | 連絡電話 | 電子信箱 |
|------|------|---------|---------|-------------|-------|-------------------|-------------|---------|------------|----------|-------------------|
| 107 | 區域醫院 | 台北 區 | 台北 市 | CDC測 試醫院 | 19997 | 300 | 1000 | 1000 | 醫院測試 員 | 22222222 | tnitest@gmail.com |

輸入查詢條件後點查詢，系統會依照查詢條件顯示符合條件的資料

302

年報問卷調查匯出-2

年報問卷調查匯出

醫院院所 9999999166 CDC測試醫院 院所層級 全部

區管中心 疾病管制署臺北區管制中心 院所縣市 台北市

查詢區間 107 年~ 107 年

匯出格式 XLS ODS

- 設定下載資料區間
- 按匯出下載

【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| 調查年度 | 醫院層級 | 區域 | 縣市 | 醫院名稱 | 醫院流水號 | 全院醫療照護 相關感染人次數 | 全院 住院人次數 | 全院住院人日數 | 聯絡窗口 姓名 | 連絡電話 | 電子信箱 |
|------|------|-----|-----|-------------|-------|-------------------|-------------|---------|------------|----------|--------------------|
| 107 | 區域醫院 | 台北區 | 台北市 | CDC測 試醫院 | 19997 | 300 | 1000 | 1000 | 醫院測試 員 | 22222222 | tnistest@gmail.com |

查詢結果

| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | |
|---|------|------|-----|-----|---------|-------|-------------------|---------|---------|--------|----------|--------------------|--|
| 1 | 調查年度 | 醫院層級 | 區域 | 縣市 | 醫院名稱 | 醫院流水號 | 全院醫療照護 相關感染人次數 | 全院住院人次數 | 全院住院人日數 | 聯絡窗口姓名 | 連絡電話 | 電子信箱 | |
| 2 | 107 | 區域醫院 | 台北區 | 台北市 | CDC測試醫院 | 19997 | 300 | 1000 | 1000 | 醫院測試員 | 22222222 | tnistest@gmail.com | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |

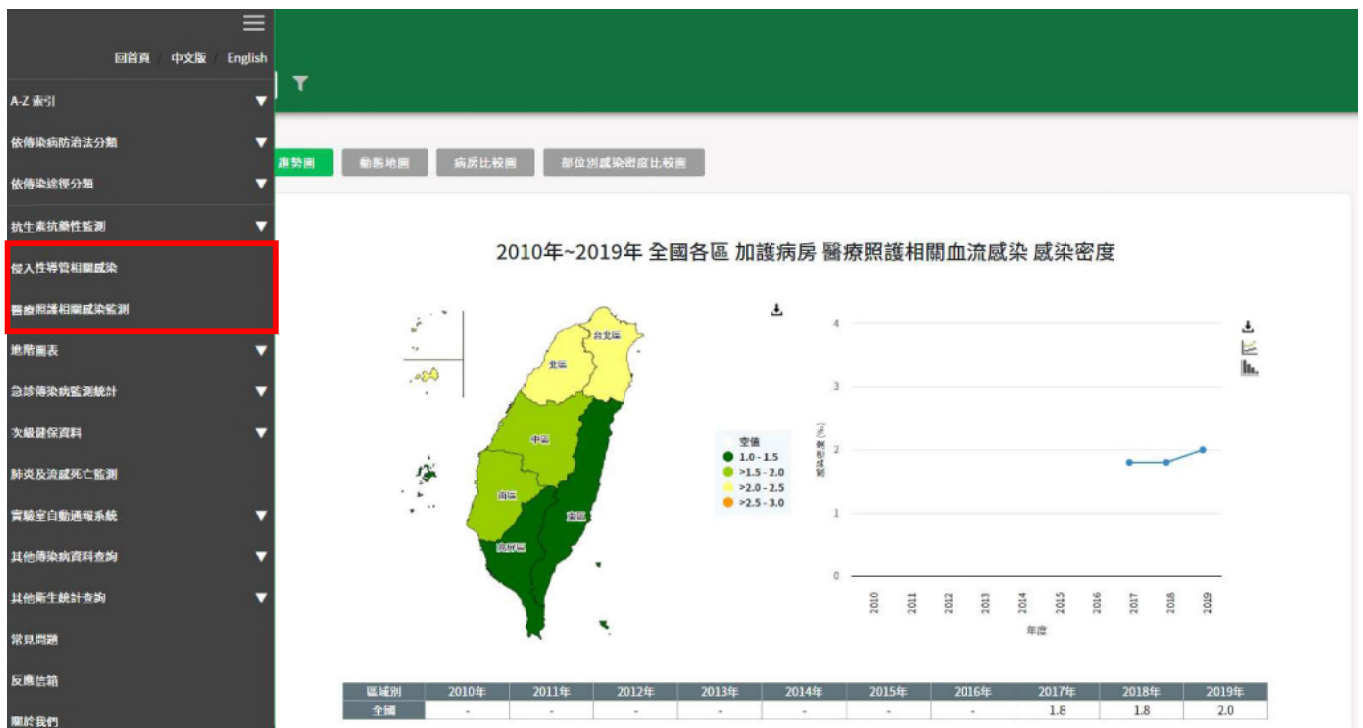
PAT001

視覺化呈現資料

- 具THAS帳號權限者，可由THAS「視覺化圖表」連結至「傳染病統計資料查詢系統(NIDSS)」觀看「HAI」視覺化資料



視覺化呈現資料



醫療照相關感染監測-趨勢圖

可由左側選擇以「趨勢圖」、「動態地圖」及「比較圖」不同呈現介面觀看資料

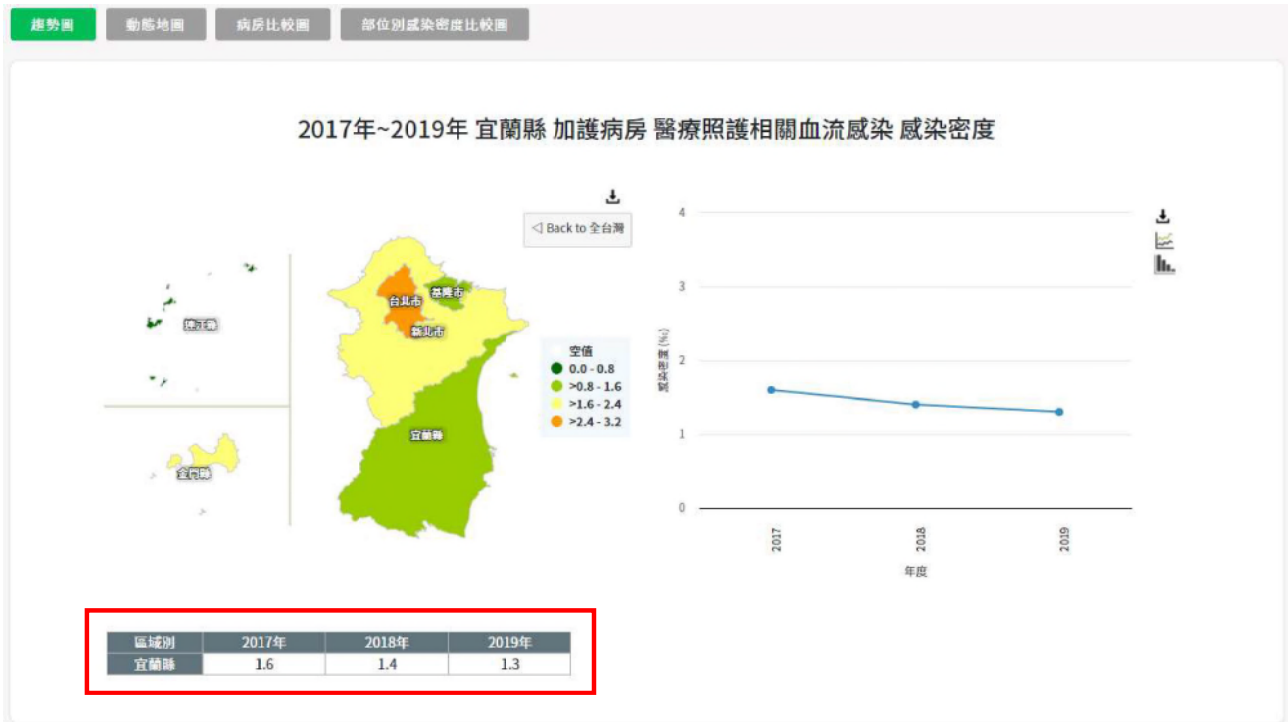
- 查詢條件：
- 監測項目：血流感染
 - 病房種類別：加護病房
 - 資料期間：2017-2019



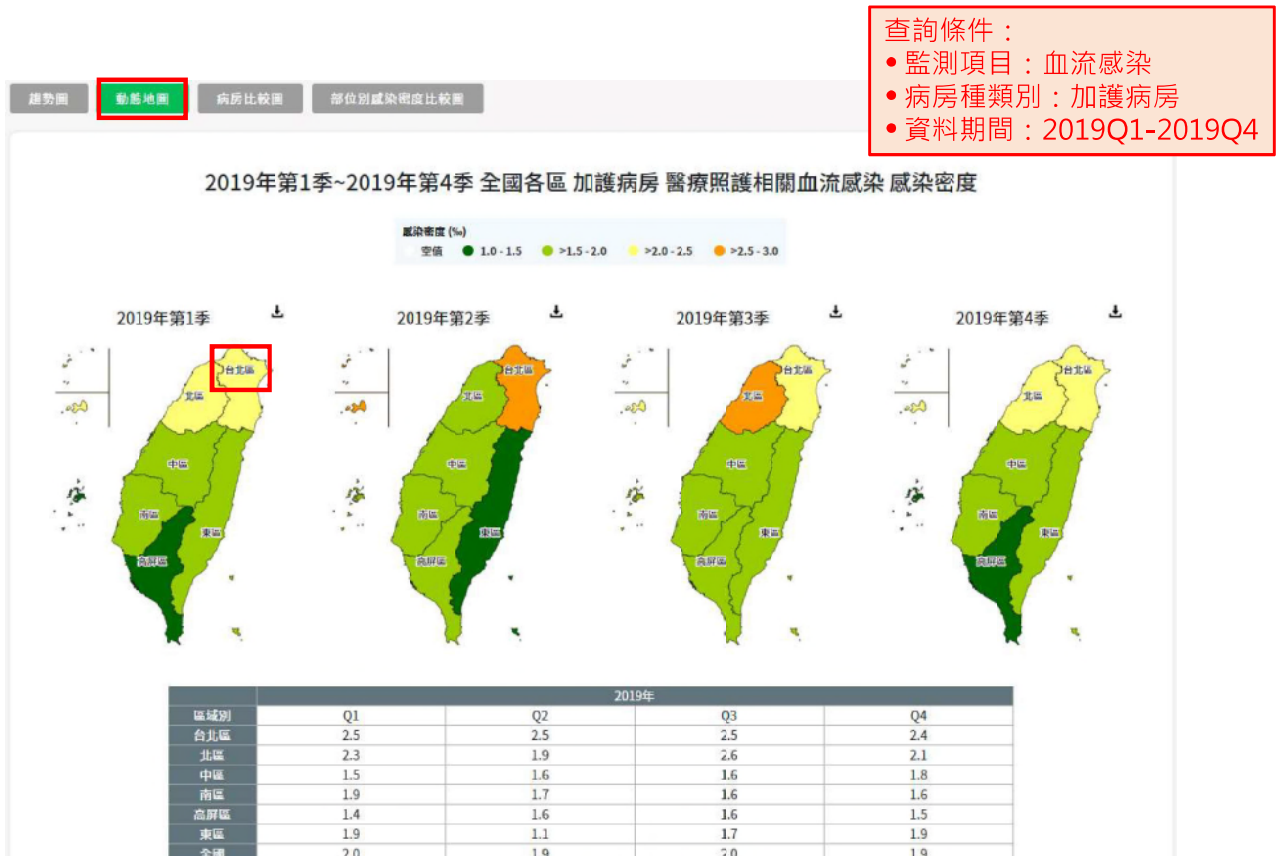
醫療照相關感染監測-趨勢圖



醫療照相關感染監測-趨勢圖



醫療照相關感染監測-動態地圖



醫療照相關感染監測-動態地圖



311

醫療照相關感染監測-病房比較圖

查詢條件：

- 監測項目：血流感染
- 病房種類別：加護病房&一般病房
- 資料期間：2017-2019



312

醫療照相關感染監測-部位別感染密度比較圖

查詢條件：
 • 病房種類別：加護病房
 • 資料期間：2017-2019



侵入性導管相關感染監測-趨勢圖

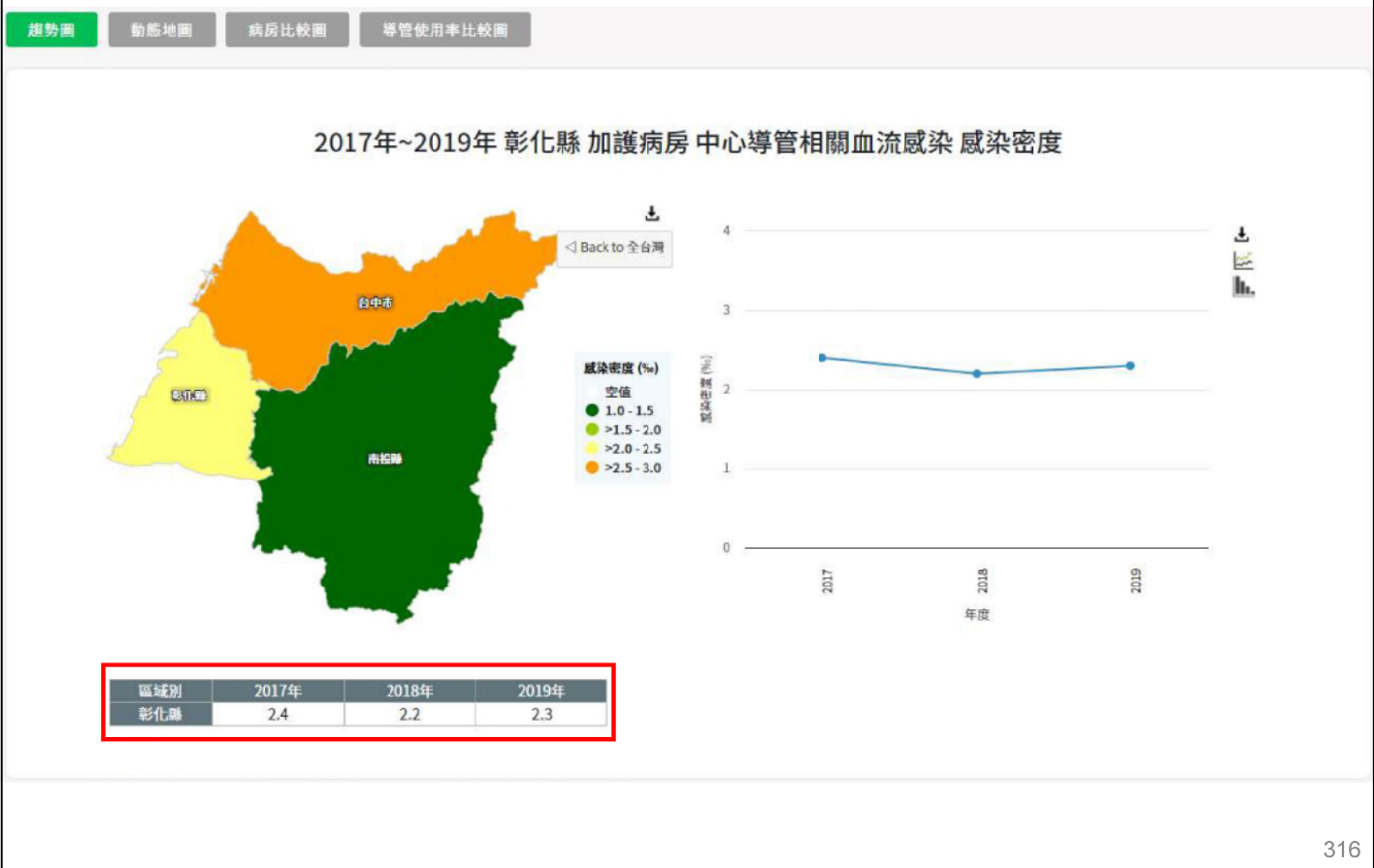
查詢條件：
 • 監測項目：中心導管
 • 分析項目：感染密度
 • 病房種類別：加護病房
 • 資料期間：2017-2019



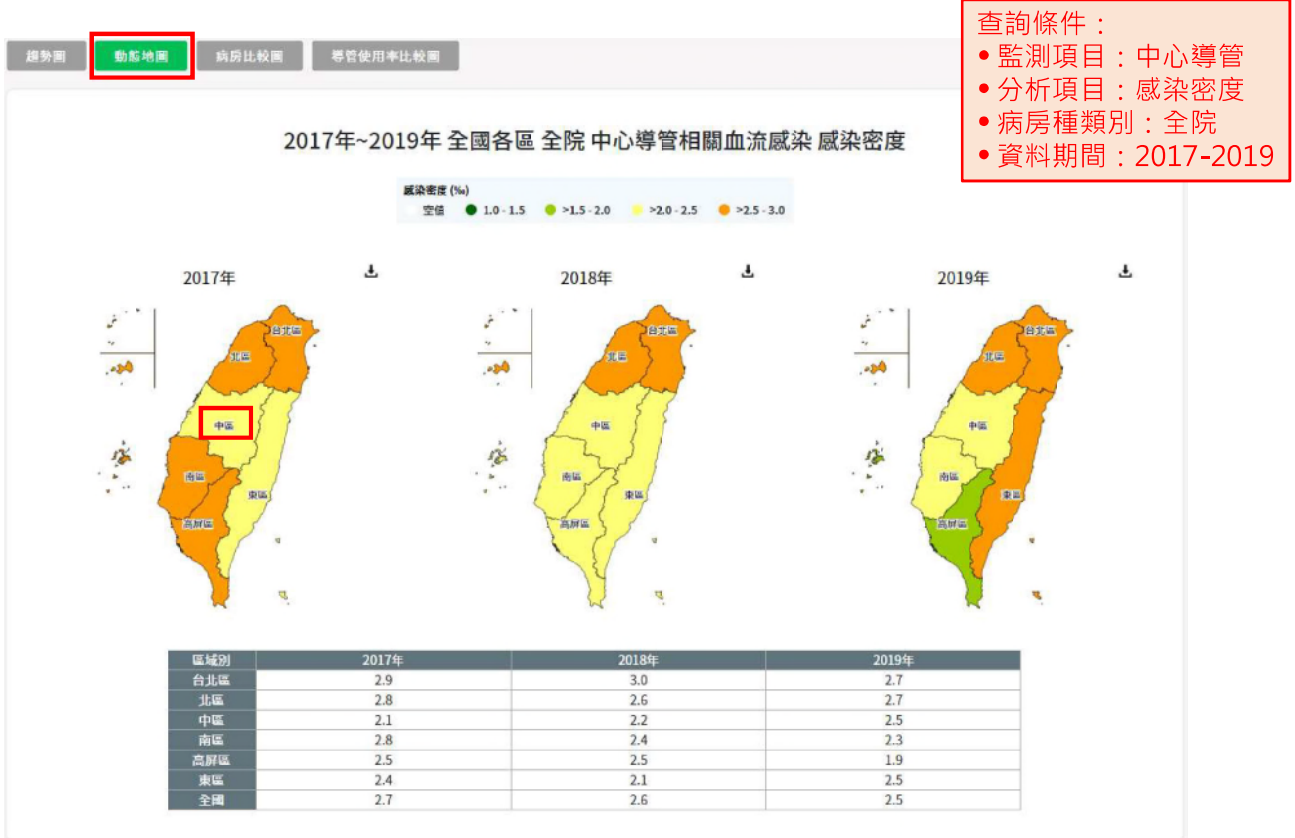
侵入性導管相關感染監測-趨勢圖



侵入性導管相關感染監測-趨勢圖

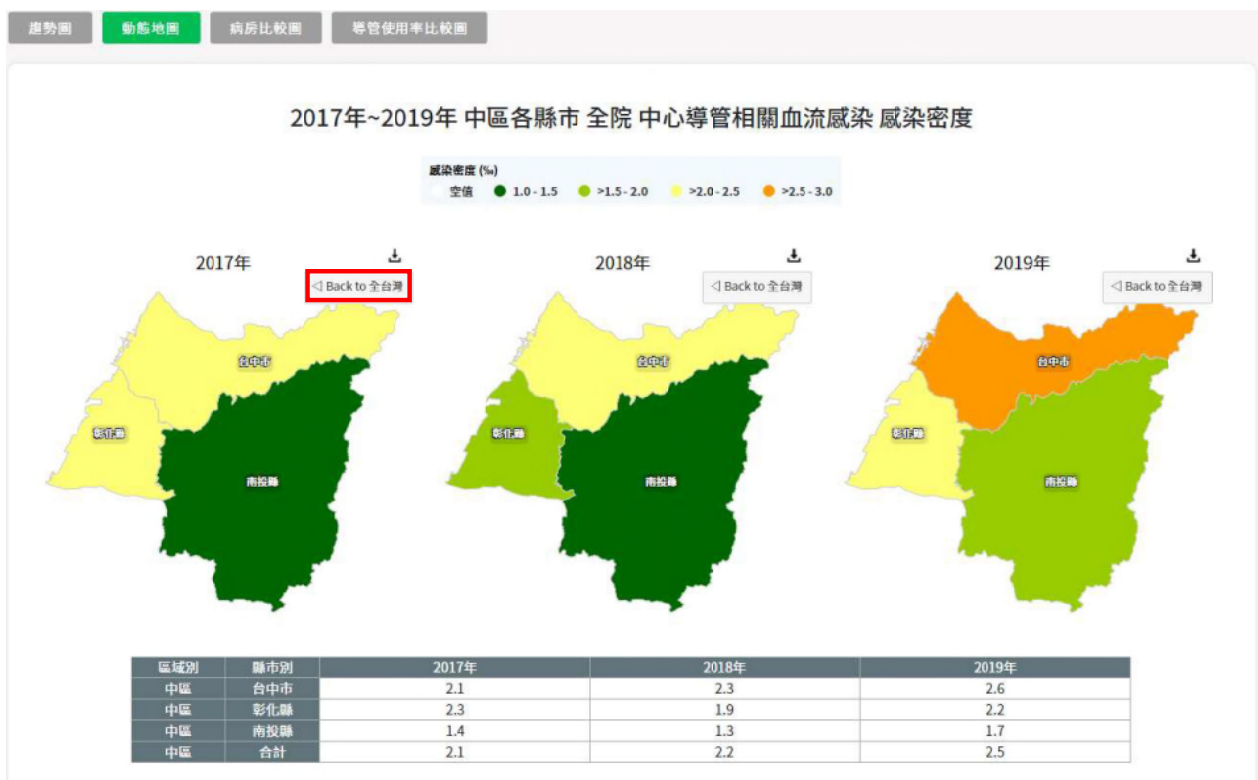


侵入性導管相關感染監測-動態地圖



317

侵入性導管相關感染監測-動態地圖



318

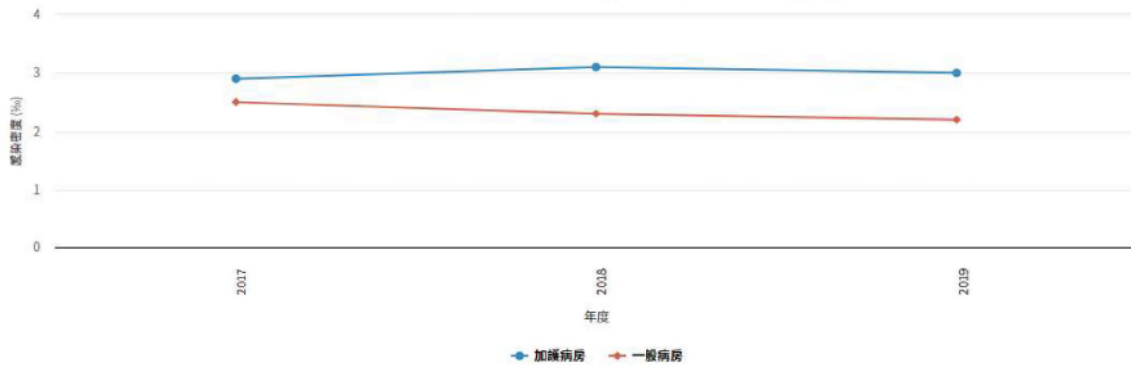
侵入性導管相關感染監測-病房比較圖

查詢條件：

- 監測項目：中心導管
- 分析項目：感染密度
- 病房種類別：加護病房&一般病房
- 資料期間：2017-2019

趨勢圖 動態地圖 **病房比較圖** 導管使用率比較圖

2017年~2019年 全國 中心導管相關血流感染 感染密度 病房比較



| 全國 | 2017年 | 2018年 | 2019年 |
|------|-------|-------|-------|
| 加護病房 | 2.9 | 3.1 | 3.0 |
| 一般病房 | 2.5 | 2.3 | 2.2 |

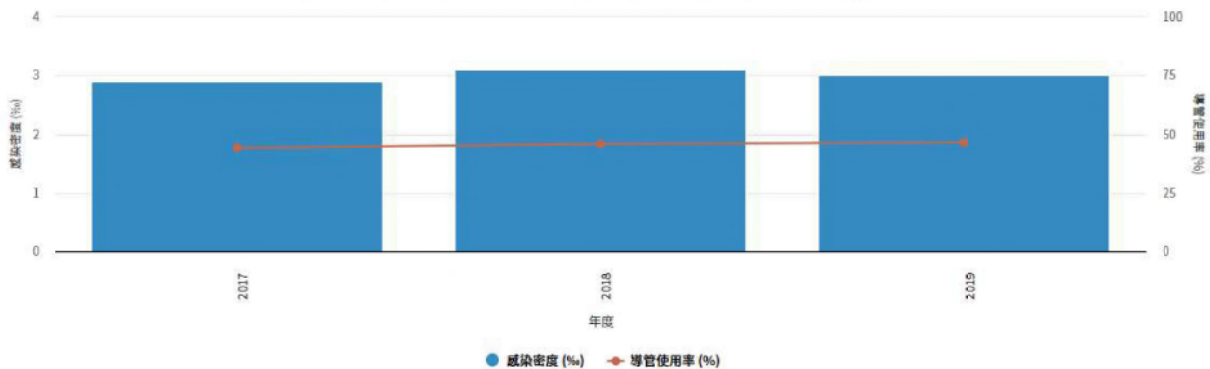
侵入性導管相關感染監測-感染密度與導管使用率比較圖

查詢條件：

- 監測項目：中心導管
- 分析項目：感染密度
- 病房種類別：加護病房
- 資料期間：2017-2019

趨勢圖 動態地圖 病房比較圖 **導管使用率比較圖**

2017年~2019年 全國 加護病房 中心導管相關血流感染 感染密度與導管使用率比較



| 全國 | 2017年 | 2018年 | 2019年 |
|-----------|-------|-------|-------|
| 感染密度 (%) | 2.9 | 3.1 | 3.0 |
| 導管使用率 (%) | 44.1 | 45.8 | 46.5 |

常見問題

321

報表操作

Q：我們醫院是透過交換中心傳送感染資料，是否仍然可以使用線上版院感系統提供的報表？

A：1.可以，您可以使用院感系統線上版的任何一個功能
2.若要修改感染個案資料時，請由自己醫院端的系統修改再重新上傳資料，以保持資料的一致性

Q：下載統計資料後，不知道解壓縮密碼？

A：解壓縮密碼為使用者身份證字號(英文字母部分需大寫)。

322

課程大綱

| | 項目 | 課程內容 |
|-----|------------------------|--|
| 第一場 | PART 1 系統管理及維護 | 1.帳號相關(含帳號申請、權限變更、帳號清查...) 2.通報項目維護(含病房維護、菌種維護等...) |
| | PART 2 HAI通報及查詢 | 含個案、月維護、手術個案等通報查詢及品質檢視 |
| | PART 3 AR通報及查詢 | AR通報查詢功能及通報品質檢視 |
| 第二場 | PART 4 THAS報表操作說明 | 1.AUR報表查詢 2.HAI報表查詢 |
| | PART 5 宣導事項 | WebAPI概述等其他注意事項 |
| | PART 6 測驗 | 課後測驗 |

323

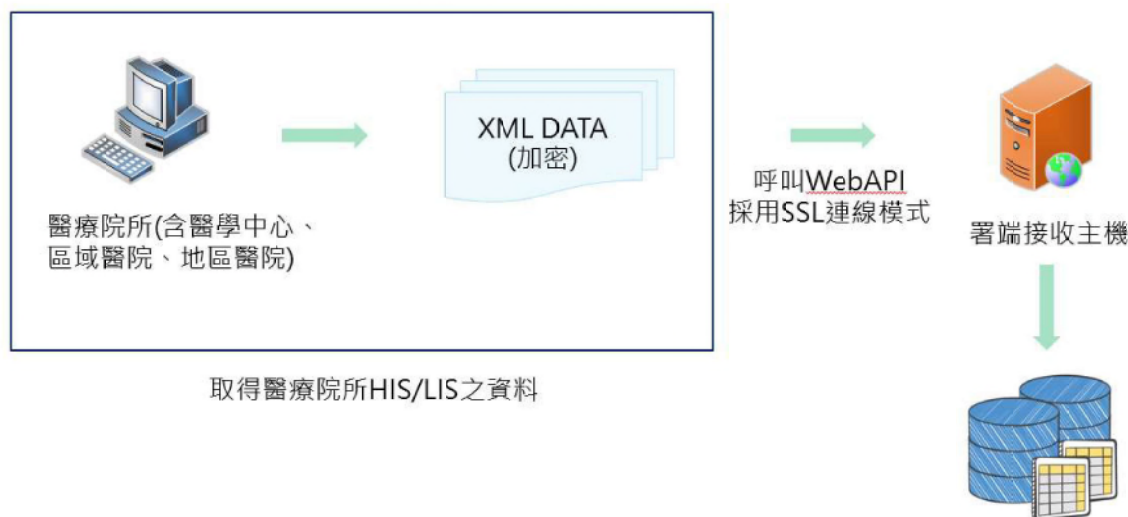
自動上傳通報

- 過去-防疫資訊交換平台
- 新增-API

醫院自動上傳通報資料

- 防疫資訊交換平台(gateway)
- 自109年起新增WebAPI

系統架構說明



325

醫院自動上傳通報資料

● 通報機制

- 請以WebAPI通報方式進行程式開發(停止以Gateway測試)
現行採用防疫資訊交換平台進行資料上傳之醫院，建議規劃期程進行Web API程式開發

● 通報項目

- HAI通報模組：包含HAI感染個案、月維護及手術個案，開發時需三項一起開發
- AUR通報模組：抗生素抗藥性管理

● WebAPI工作說明書

- HAI及AUR：已置於THAS系統登入頁之檔案下載區
- AUR：同步置於本署全球資訊網(首頁>傳染病與防疫專題>抗生素抗藥性管理>抗生素抗藥性管理通報系統>資訊開發作業文件)

326

HAI-API通報結果查詢-1

API通報結果查詢

API通報結果查詢

通報項目 HAI

醫院 9999999166 CDC測試醫院

上傳日期區間

查詢 重設

以下拉選單選擇要查看的通報項目

[1] 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 2 筆】

| | 上傳日期 | 醫事機構代碼 | 醫院名稱 | 上傳批號 | 感染年月 | API檔案數 | 通報總筆數 | 格式錯誤筆數 | 檢核錯誤筆數 | 通報結果 |
|---|--------------------|------------|---------|--------------------|--------|--------|-------|--------|--------|------|
| 詳 | 109/11/02 11:24:59 | 9999999166 | CDC測試醫院 | 20201102005(ANTI) | 109/04 | 1 | 43 | 0 | 43 | 失敗別退 |
| 詳 | 109/11/02 11:24:59 | 9999999166 | CDC測試醫院 | 20201102005(PINFO) | 109/04 | 1 | 4 | 0 | 4 | 失敗別退 |

• 可查看各模組上傳資料狀態，若要查看該批號的錯誤資訊請點『詳』。

327

HAI-API通報結果查詢-2

API通報結果查詢

API通報結果查詢

視覺化圖表

通報項目 感染個案抗生素

醫院 9999999166 CDC測試醫院

上傳日期 2020/11/02

上傳批號 20201102005

MSGID

檢核結果 全部

查詢 匯出 回上頁

[1] 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 1 頁 1 筆】

| | 上傳批號 | MSGID | 年月 | 資料進入 暫存區時間 | 資料完成 檢核時間 | 檢核結果 |
|---|-------------|--------------------|--------|--------------------|--------------------|------|
| 詳 | 20201102005 | 132487610990187891 | 109/04 | 109/11/02 11:24:59 | 109/11/03 03:01:34 | 失敗 |

• 系統會查出該批號所有的上傳資料，若要看詳細的錯誤資訊請點『詳』。

328

AR-API通報結果查詢-1

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 **API通報結果查詢** 說明文件

API通報結果查詢

通報項目 AR ▾
醫院 選取
上傳日期區間 ~

查詢 重設

[1] 2 3 4 > >> 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 4 頁 65 筆】

| | 上傳日期 | 醫事機構代碼 | 醫院名稱 | 上傳批號 | 採檢年月 | API檔案數 | 通報總筆數 | 格式錯誤筆數 | 檢核錯誤筆數 | 通報結果 |
|-------------------|--------------------|--------|------|-------------|--------|--------|-------|--------|---------------|------|
| 詳 | 109/11/16 06:00:44 | 0 | 院 | 20201116001 | 109/10 | 31 | 2913 | 0 | 2 | 失敗剔退 |
| 詳 | 109/11/15 21:00:23 | 0 | 院 | | | 18 | 1662 | 29916 | 資料格式有誤，不進行檢核。 | 失敗剔退 |
| 詳 | 109/11/15 13:06:22 | 0 | 院 | 20201115002 | 109/10 | 2 | 1609 | 0 | 0 | 成功 |

• 可查看上傳資料狀態，若要查看該批號的錯誤資訊請點『詳』。

329

AR-API通報結果查詢-2

首頁 AUR首頁 通報功能 資料查詢 統計報表 視覺化圖表 **API通報結果查詢** 說明文件

API通報結果查詢

通報項目 AUR ▾ 醫院 0 醫院
上傳日期 2020/11/16 上傳批號 20201116001
MSGID 檢核結果 全部 ▾

查詢 匯出 回上頁

[1] 2 > >> 【每頁 20 筆 · 第 1 頁 共 2 頁 31 筆】

| | 上傳批號 | MSGID | 年月 | 資料進入暫存區時間 | 資料完成檢核時間 | 檢核結果 ↓ |
|-------------------|-------------|--------------------|--------|--------------------|--------------------|--------|
| 詳 | 20201116001 | 132499512248747110 | 109/10 | 109/11/16 06:00:46 | 109/11/17 03:05:47 | 失敗 |
| 詳 | 20201116001 | 132499512260524454 | 109/10 | 109/11/16 06:00:46 | 109/11/17 03:05:47 | 失敗 |
| | 20201116001 | 132499512072682657 | 109/10 | 109/11/16 06:00:46 | 109/11/17 03:05:47 | 成功 |
| | 20201116001 | 132499512132458047 | 109/10 | 109/11/16 06:00:46 | 109/11/17 03:05:47 | 成功 |

• 系統會查出該批號所有的上傳資料，若要看詳細的錯誤資訊請點『詳』。

330

THAS系統及WebAPI-問題諮詢聯繫方式

問題諮詢窗口

- 1.可於【檔案下載區】中下載操作手冊。
- 2.建議將問題email至客服信箱
cdcthas@cdc.gov.tw。
- 3.請於周一至五上班時間連絡系統服務窗口
(02)2784-1059。

331

防疫資訊交換平台-問題諮詢聯繫方式

問題諮詢窗口

若有使用防疫資訊交換平台-監控網站相關問題，請於周一至五上班時間連絡系統服務窗口
(02)2395-9825#3952。

332

課後測驗&問卷

333

敬請指教 Thank you for your attention!!
Any question?

334

醫院的感控夥伴您好,

本署於 2007 年建置「台灣院內感染監視通報系統」(TNIS 系統)，並於 2020 年 2 月 4 日改版為「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(THAS 系統)，持續監測醫療照護相關感染(HAI)及抗生素抗藥性/耗用量(AUR)趨勢變化；為了解醫院夥伴使用情形，以利本署作為未來規劃之參考，敬請於教育訓練結束前完成問卷填答並繳回，謝謝您的支持及配合。

疾病管制署 感染管制及生物安全組 敬上

一、請問您所服務的醫院？

醫院名稱：_____

二、請問您所服務醫院的醫院層級為？(單選)

醫學中心 區域醫院 地區醫院 尚未評鑑之醫院

三、請問您的執業身份為？(單選)

醫師 護理師 醫檢師 藥師 其他：_____

四、請問您從事醫院感染管制業務滿幾年？(單選)

未滿 6 個月 6 個月-未滿 1 年 1-5 年 6-10 年 11 年以上

五、請問您是否使用過 THAS 系統？(單選)

是(請接續回答下方問題) 否(可停止填答，謝謝)

六、請問您在 THAS 系統曾經擔任下列何種角色？(可複選)

感控窗口 查核窗口 查核委員 一般使用者

七、請問您所服務的醫院是透過何種方式上傳通報資料？(單選)

交換中心 WebAPI THAS 系統網頁介面 不知道

八、請問您曾經使用 THAS 何種功能？(可複選)

HAI：

通報 資料查詢/修改 統計報表 年報問卷調查
API 通報結果查詢

AUR：

通報 資料查詢 統計報表 視覺化圖表
API 通報結果查詢

查核：

受查醫院作業區 查核委員作業區 資料查詢與報表分析

九、請問您平均多久至少使用 THAS 一次？(單選)

- 每日 每週 每月 每季 每半年 每年

十、請問貴院有通報之項目？(可複選)

- HAI—感染個案 HAI—月維護 HAI—手術個案
AR (抗生素抗藥性)

十一、請問您曾經查詢過的統計報表項目？(可複選，無則免填)

HAI：

- 手術感染率報表
醫療照護相關感染密度報表
侵入性醫療裝置相關感染報表
感染部位及導管相關比率報表
醫療照護相關感染病原體—菌種排名報表
醫療照護相關感染病原體—抗藥性監測報表
醫療照護相關感染品質檢視表
手術個案通報資料品質檢視表

AUR：

- 抗生素抗藥性通報統計表
抗生素抗藥性通報資料品質檢視表
菌種抗藥性百分比
多重抗藥性細菌百分比
多重抗藥性細菌感染密度報表
抗藥性圖譜
實驗室菌株之抗生素感受性統計表
實驗室菌株通報完整率
住院抗生素耗用量報表
全國抗生素耗用量報表
抗生素相對耗用量報表

查核：

- 查核成績填報結果查詢
查核結果分析

十二、請問您曾經查詢過的 AUR 視覺化圖表項目？(可複選，無則免填)

- AR-趨勢圖 AR-動態地圖 AR-比較圖 AU-趨勢圖
AU-動態地圖 AU-比較圖

十三、(承第十一、十二題)未使用上述任一報表/圖表項目之原因？(可複選)

- 業務無須使用 系統操作不易 系統產製之報表內容不敷使用
院內已有自行產製之報表
其他：_____

十四、請您自我評估對 THAS 系統的熟悉度？(單選)

- 非常熟悉 很熟悉 有點熟悉 有點不太熟悉
很不熟悉 非常不熟悉

十五、請問您對 THAS 系統的滿意程度？(單選)

HAI：

- 非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

AUR：

- 非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意

十六、請提供您對 THAS 系統的建議，以利本署作為未來規劃之參考。

- 無建議
有建議，說明如下：_____

「長期照護機構感染管制查核資訊系統」意見回饋調查表

109 年 7 月

為減少查核作業行政流程、節省人力資源及便利資料保存管理與分析，疾病管制署「長期照護機構感染管制查核資訊系統」於 107 年正式上線，為持續提升系統友善性及便利性，爰進行問卷調查以作為優化系統之參考。

請填寫您的聯絡資訊，以利本署需詳細了解填寫內容時，可直接與您聯繫

姓名：_____ 服務單位：_____

聯絡電話：_____ 電子信箱：_____

一、請您自我評估對本系統的熟悉度？

非常熟悉 熟悉 不太熟悉 非常不熟悉

二、請問您是否曾使用本系統進行年度例行性查核或無預警查核之查核結果填報相關作業？

是，例行性查核及無預警查核均使用過

是，曾於進行例行性查核時使用

是，曾於進行無預警查核時使用

均從未使用過

三、請問明（110）年預計使用何種方式進行例行性感染管制查核？（區管制中心免填）

現場利用電腦進行線上查核表填報

現場利用手機進行線上查核表填報

現場利用電腦進行離線版查核表填報

使用紙本查核表，返回衛生局後再至系統進行填報

四、請問您對本系統下述功能項之滿意度及建議為何？

| 功能項 | 滿意度 | 操作方式及搜尋欄位是否需要調整 |
|--|---|--|
| 機構名單 包含：機構資料維護、查核名單管理、查核名單確認、查核名單瀏覽 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |
| 自評表 包含：填報期限設定、自評表填報、自評表稽核 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |
| 查核排程 包含：行程管理、行程及自評表瀏覽 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |
| 查核表 包含：查核表填報、程式及表單下載、匯入離線版查核表 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |
| 查核委員 包含：委員資料庫、委員評核表、委員評核表（地方主管機關） | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |

| 功能項 | 滿意度 | 操作方式及搜尋欄位是否需要調整 |
|--|---|--|
| 查核結果 包含：申復與改善期限設定、查核結果瀏覽及申復、查核結果申復處理、查核結果瀏覽 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |
| 後續追蹤 包含：應改善及建議事項填報、填報及稽核、稽核、確認、瀏覽 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |
| 統計報表 包含：查核家數統計、自平等級統計、查核結果統計、查核項目評分等級、地方防疫考評統計、委員評核結果統計 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |
| 帳號管理 登入帳號資料、帳號停用申請、帳號註冊審核、帳號停用審核、受查機構帳號申請狀態查詢 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |
| 無預警查核 包含：查核表及結果匯入檔下載、查核結果匯入及填報、查核結果瀏覽、應改善及建議事項填報及稽核、確認、瀏覽 | <input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意 <input type="checkbox"/> 尚未使用 | <input type="checkbox"/> 無意見 <input type="checkbox"/> 建議： |

五、請問您對於本系統之整體滿意度為何？

非常滿意 滿意 尚可 不滿意 非常不滿意

六、現行系統作業流程，於查核表填報並驗證完成後，須至「查核結果-申復與改善期限設定」設定「申復期限」及「改善期限」。請問您是否同意改變現行流程，系統於查核表填報並驗證完成後，自動設定「申復期限」及「改善期限」之日期，但由地方主管機關可視需要手動調整期限？

同意，「申復期限」及「改善期限」自動設定方式期望如下：

| 功能 | 期限起算日 | 起算日起後加天數 |
|------|---|--|
| 申復期限 | <input type="checkbox"/> 查核日期 <input type="checkbox"/> 查核表填報完成日期 | <input type="checkbox"/> 7天 <input type="checkbox"/> 10天 <input type="checkbox"/> 其他天數_____， 原因_____ |
| 改善期限 | <input type="checkbox"/> 查核日期 <input type="checkbox"/> 查核表填報完成日期 | <input type="checkbox"/> 2週 <input type="checkbox"/> 4週 <input type="checkbox"/> 其他週數_____， 原因_____ |

不同意，原因_____

七、對系統的其他建議：

謝謝您寶貴的建議，敬祝安康順心！