

結核病防治工作手冊

Tuberculosis Control Manual

- 附 錄 -

衛生福利部疾病管制署 編

衛生福利部疾病管制署 出版

2017 年 3 月



本形象取自於 Stop TB Partnership • 響應全球 2035 消除結核之目標

附錄 目錄

第一章 高危險群主動發現

附件 1-1 結核病主動發現執行統計表	1
---------------------------	---

第三章 結核病個案管理

附件 3-1 遷出入作業需知	3
附件 3-2 疑似檢驗汙染調查作業	5
附件 3-3 結核病個案診斷、治療情形調查表	6
附件 3-4 跨國轉介作業	7
附件 3-5 各類銷案作業檢核表	13
附件 3-6 HIV/TB 個案共管原則	17
附件 3-7 結核病全國資料庫異動申請單	20

第四章 特定職業、身分個案防治重點

附件 4-1 動物感染牛結核菌確診通知疾病管制署後之處理流程	21
附件 4-2 結核病列管族群個案（醫院工作者）防疫措施調查表	23
附件 4-3 結核病個案可返校證明單	26
附件 4-4 外籍勞工廢止聘僱函（範例）	27
附件 4-5 外籍勞工不予備查函（範例）	28
附件 4-6 外勞留台治療之都治同意函（範例）	29
附件 4-7 結核病簡易篩檢問卷評估表	30
附件 4-8 結核病個案出獄前準備	31
附件 4-9 人口密集機構辦理結核病防治事項自我檢核表	32

第五章 都治策略

附件 5-1 雲端直接觀察治療（eDOPT）同意書及注意事項	33
附件 5-2 雲端直接觀察治療執行流程與注意事項	35
附件 5-3 都治執行流程	40
附件 5-4 縣市衛生局都治（DOTS）計畫同意書（範例）	41
附件 5-5 結核病個案服藥紀錄 DOTS/DOPT 日誌（範例）	43
附件 5-6 都治日誌輸入方式說明表	45
附件 5-7 辦理結核病防治作業執行狀態檢核表/綜合評論與建議彙整表	47
附件 5-8 結核病都治關懷員參考指引	50
附件 5-9 都治關懷員健康管理流程	55

第六章 抗藥性結核病照護與管理

附件 6-1 多重抗藥性結核病醫療照護體系	59
附件 6-2 未納入「多重抗藥性結核病醫療照護體系」收案之個案管理流程	60

附件 6-3	抗藥性結核病個案治療通知書.....	61
附件 6-4	「MDR-TB 結核病醫療照護體系」轉介單.....	62
附件 6-5	轉介「多重抗藥性結核病醫療照護體系」收案流程.....	63
附件 6-6	MDR 結核病醫療照護團隊個案異常情形通報單.....	64
附件 6-7	團隊收案 MDR 個案管理流程.....	65
附件 6-8	「MDR 結核病醫療照護體系」慢性傳染性肺結核病個案評估單.....	66
第八章 防治資源		
附件 8-1	衛生福利部結核病防治費用補助要點.....	67
附件 8-2	慢性傳染性肺結核病患強制住院給付項目.....	70
附件 8-3	慢性傳染性肺結核病患指定醫院.....	72
附件 8-4	無健保接觸者檢查給付項目.....	73
附件 8-5	無健保潛伏結核感染治療（含副作用）給付項目.....	74
附件 8-6	結核病診療諮詢小組病例審查建議暨診療醫師回覆單.....	75
附件 8-7	結核病診療諮詢小組困難個案面訪回覆單.....	76
附件 8-8	衛生福利部疾病管制署申請抗結核免費用藥流程.....	77
第九章 隔離治療		
附件 9-1	結核病(含多重抗藥性結核病)個案隔離治療及重新鑑定隔離治療之作業流程.....	91
附件 9-2	結核病個案住院隔離治療統計表/隔離治療名單.....	102
第十章 結核病接觸者追蹤管理		
附件 10-1	決定結核病接觸者檢查優先順序參考事項.....	105
附件 10-2	結核病個案疫情調查評估事項.....	106
附件 10-3	結核病防治環境評估事項.....	109
附件 10-4	接觸者與指標個案之關係別歸類原則.....	111
附件 10-5	接觸者登記及管理單位遷入作業.....	112
附件 10-6	結核病接觸者檢查及衛教前注意事項.....	116
附件 10-7	結核病接觸者檢查時間及方式.....	117
附件 10-8	接觸者嬰幼兒時期之 LTBI 治療相關注意事項.....	118
附件 10-9	MDR-XDRTB 新案疫調檢核流程及調查表.....	119
附件 10-10	TB 接觸者就醫轉介單.....	125
附件 10-11	團體接觸者檢查各相關單位工作事項(以校園為例).....	126
附件 10-12	結核病接觸者檢查通知書(適用一般接觸者) 中/英文.....	128
附件 10-13	結核病接觸者檢查通知書(適用抗藥指標接觸者) 中/英文.....	132
附件 10-14	結核病接觸者衛教單張(適用一般接觸者).....	136
附件 10-15	結核病接觸者衛教單張(適用抗藥指標接觸者).....	138
附件 10-16	調查事證陳述意見通知書.....	140

附件 10-17 行政裁處書樣稿	141
附件 10-18 送達證書	143
附件 10-19 潛伏結核感染治療檢驗簡介	144
第十一章 潛伏結核感染之診斷及治療	
附件 11-1 潛伏結核感染之治療流程（臨床）	151
附件 11-2 潛伏結核感染之檢驗及治療流程（未滿 5 歲接觸者）	152
附件 11-3 速克伏處方藥品使用同意書/用藥須知	154
附件 11-4 DOPT 同意書（範例）	157
附件 11-5 潛伏結核感染治療個案管理暨相關表單	158
附件 11-6 嬰幼兒接觸者之處置建議	164
附件 11-7 LTBI 治療衛教單張	165
第十二章 疑似結核病聚集事件處理	
附件 12-1 疑似結核病聚集事件疫情調查報告	167
附件 12-2 校園疑似結核病聚集事件疫情調查報告	172
附件 12-3 指標個案訪談面談紀錄表	177
附件 12-4 醫療或人口密集機構病人轉床紀錄	182
第十三章 結核病患飛航限制及航空器接觸者追蹤	
附件 13-1 限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點	183
附件 13-2 限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境-特殊狀況處理	187
附件 13-3 印製限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單流程	188
附件 13-4 限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境衛教重點	189
附件 13-5 「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單」交付註記	190
附件 13-6 結核病大眾航空器接觸者追管系統資料建檔操作說明	191
第十四章 卡介苗預防接種	
附件 14-1 卡介苗接種及結核菌素測驗工作人員訓練作業規範	193
附件 14-2 卡介苗接種/結核菌素測驗工作檢核表	200
附件 14-3 卡介苗接種敬告家長書	206
附件 14-4 疫苗接種嚴重不良反應通報單	207
附件 14-5 疫苗接種異常事件通報及調查表	208
附件 14-6 國小一年級學童卡介苗預防接種家長通知書	210
附件 14-7 卡介苗調查、配賦及費用核銷作業流程表	211
附件 14-8 卡介苗接種問與答	212

____年度____半年____縣(市)結核病主動發現執行統計表

篩檢方式	人數						以巡檢方式辦理之場次數	
	接觸者	山地鄉	經濟弱勢	地方計畫	一般巡檢	合計	各團體別合計	
胸部X光檢查								
結核菌快速分子檢測								

遷出入作業需知

一、單位歸屬認定原則

(一) 一般原則：依序以個案現住（療養）地/主要照顧者/主要聯絡人為管理單位認定原則。

(二) 例外情況：

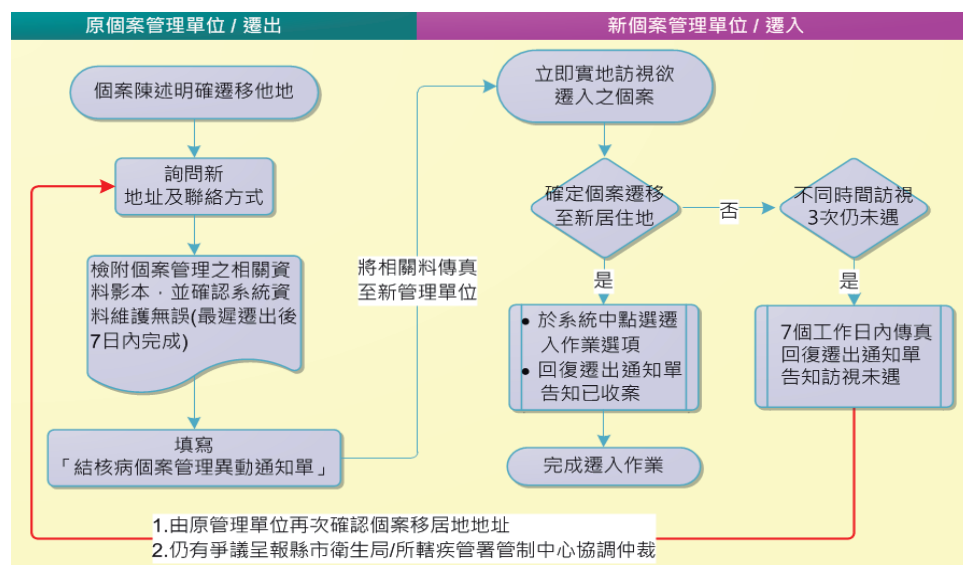
1. 受刑人於出監後如有固定居所者，則直接遷入實際居住地，若無或居住地管理單位於不同時間實際訪查 3 次仍查無者，則以戶籍地為管理單位，戶籍地單位不得以訪視未遇 3 次拒收。
2. 如管理過程中，突因病連續住院超過 2 個月以上者（不含結核病治療住院者），得遷出至醫療院所在地衛生單位就近管理。

二、遷出入作業程序

個案都治地點與居住地不一致、短暫移居他地或遷出居住地時，原管理單位應詢問個案之實際/新地址及聯絡電話，並填寫「結核病個案管理異動通知單」傳真至需承接管理之衛生所進行評估。

種類	原單位啟動時機	新單位執行內容	注意事項
代都	1. 因故短期移居他地且持續都治者 2. 未於居住地點都治者	1. 指派關懷員協助代都及相關作業（如：驗痰） 2. 由代都關懷員維護日誌	因短期移居他地代都或代管超過 2 個月，原管單位則可辦理遷出作業
代管	因故短期移居他地但拒絕都治者	1. 個案管理人員以面訪方式，確認個案按規服藥 2. 辦理個案管理事宜並於系統核實登錄訪視記錄	
遷出入	明確已移居他地	1. 透過訪查確認移居事實 2. 完成遷入作業	有移居事實者不得以代管取代遷入

圖 1. 遷出入流程



結核病個案管理異動通知單

目前管理單位	縣市 所		
異動原因說明			
異動項目	☐ 代都 ☐ 代管 ☐ 遷出		
申請日期	年 月 日		
異動個案基本資料			
身分證號		姓名	
目前實際居住地址		連絡電話	
戶籍地址		連絡電話	

茲有上列個案於 年 月 日遷移至貴轄區，檢附個案管理資料等資訊，請協助追蹤並請於 年 月 日前回覆確認結果，此致

個案管理者：_____（職章）
 聯絡電話：_____傳真：_____

確認受理單位
收取傳真日：

/ /

結核病個案管理異動回覆單

受理單位	縣市 所	
訪查結果說明		
處理結果	☐ 同意代都；關懷員證號：_____ 姓名：_____	
	☐ 不同意代都	
	☐ 同意代管 ☐ 不同意代管	
	☐ 同意遷入 ☐ 已更新系統管理單位 ☐ 不同意遷入	
傳真回覆日	年 月 日	

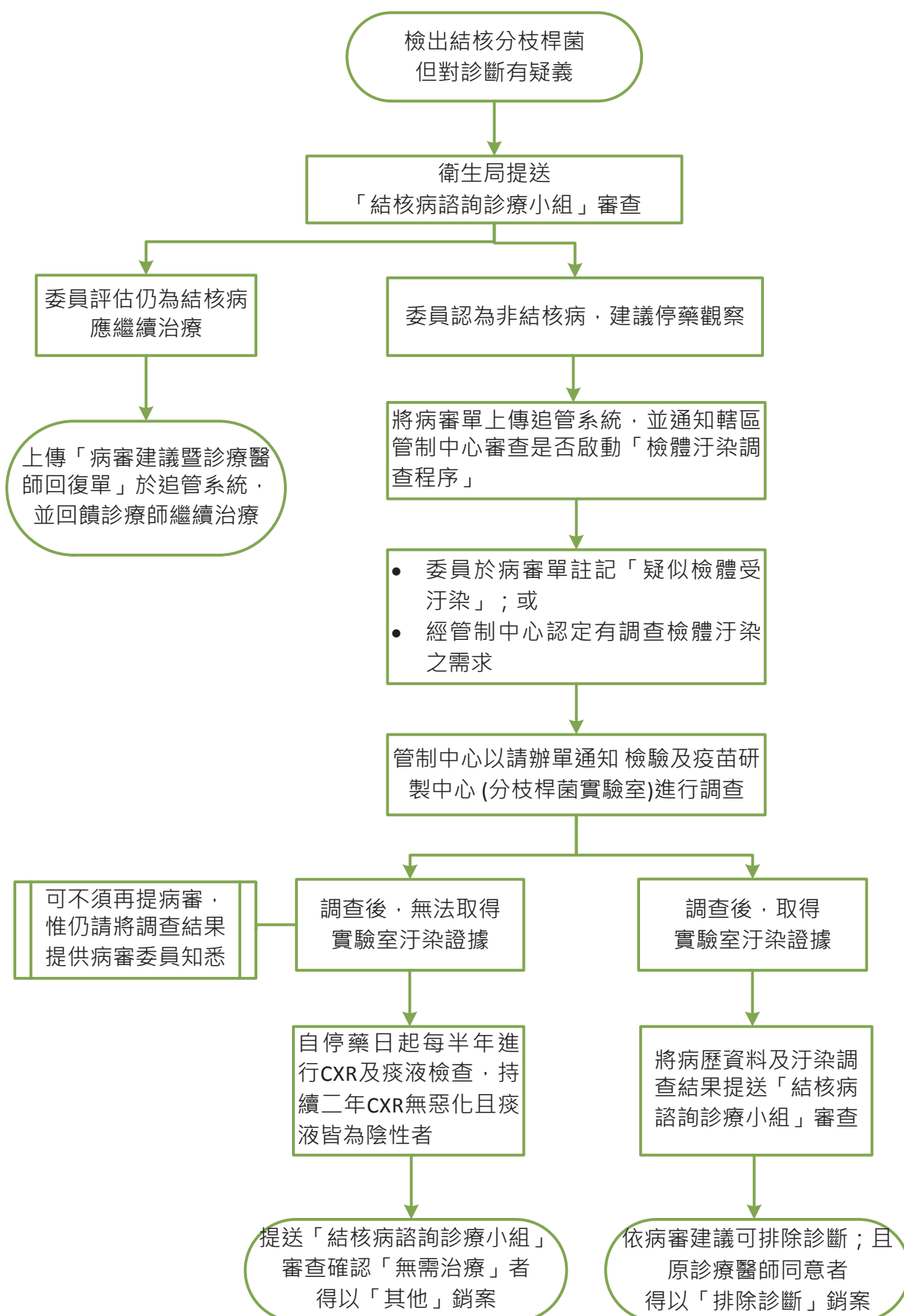
個案管理者：_____（職章） 聯絡電話：_____ 傳真：_____

- ◇ 受理單位收到本通知單後，請於七日內傳真回覆申請衛生所。
- ◇ 收取異動回覆單後，如經查詢追管系統之個案管理單位尚未更新，可傳真回覆單請受理單位所屬之疾管署管制中心協助更新管理單位。各區管制中心傳真號碼：台北區 02-25507416；北區 03-3982913；中區 04-24753683；南區 06-2906714；高屏區 07-8011668；東區 038-224732。

疑似檢驗汙染調查作業

03

結核病個案管理（附錄）



結核病個案診斷、治療情形調查表

診療醫師您好：

我是_____衛生局的公共衛生結核病個案管理人員_____ (職章)，
為了協助個案管理工作的進行，請您撥冗填寫下列勾選問題，謝謝！

病人姓名：_____，身分證字號：_____，病歷號：_____

☐ 在資料庫仍列為疑似結核病個案，請再提供資料，俾便確診：

☐ 初次查痰結果鑑定為 NTM (日期：_____)，請再提供資料，俾便確診：

(本欄由衛生局所勾選，如未經勾選，醫師可不必填寫下一欄位資料)

☐ 1. 確定結核病，檢查結果：(可複選，其他醫院轉介資料亦可填寫)

☐ 胸部 X 光檢查日期：_____ 結果：☐ 進步 ☐ 無變化

☐ 檢驗日期：_____ 檢體種類：_____

檢驗結果：☐ 塗片結果陽性， ☐ 培養陽性 (鑑定：_____)

☐ 服用抗結藥物後，臨床症狀改善

☐ 2. 仍為疑似結核病個案

☐ 3. 已排除診斷為非結核病

(本欄由醫師填寫，請衛生局所公共衛生護士不要勾選)

☐ 請問病人的治療情形：

(本欄由衛生局所勾選，如未經勾選，醫師可不必填寫下一欄位資料)

☐ 1. 病人仍需接受抗結核藥物治療，預計還要再治療_____個月。

☐ 2. 病人已服_____個月抗結核藥物，可完成治療，停藥日期：____年____月____日

☐ 3. 病人因排除診斷為非結核病，可停止抗結核藥物。

(本欄由醫師填寫，請衛生局所公共衛生護士不要勾選)

* * 請問病人其他問題：

* 填寫人資料：

醫院名稱：_____

醫 師：_____

日 期：_____

聯絡電話：_____

填妥後請儘速傳真：_____衛生局 (所) FAX：_____ TEL：_____

請保護個案隱私，傳真後轉交 貴院結核病個案管理師保存

衛生局感謝您對結核病防治工作的支持與協助！

(衛生機關關防)

跨國轉介作業

為善盡國際防疫道義及通報責任，並協助結核病個案延續治療，當個案預定移居、已移居或因工作長期駐留他國時，將進行跨國轉介通知。

一、結核病個案同時符合以下條件者，始予轉介：

- (一) 具中華民國國籍(含雙重國籍)或中華民國國民之外籍配偶個案確認將移居他國 1 年以上或未達 1 年(依實際情形研判轉介需求)、或不具中華民國國籍之外籍人士返回母國或移居他國。
- (二) 個案痰或組織檢體檢驗培養確認為結核桿菌，且塗片、培養、鑑定及藥敏試驗均已完成登錄。

二、各單位權責及分工

(一) 管理單位衛生所：

1. 向個案說明持續服藥完成治療之重要性，符合轉介條件者，應告知個案：「疾管署將於其入該國國境後，協助進行轉介事宜」。
2. 檢視個案初痰或組織檢體檢驗(含塗片、培養、鑑定及藥敏試驗)是否已完成結果登錄；符合轉介條件者，需提供出境證明文件予衛生所人員上傳於追管系統「跨國轉介憑證」位址。
3. 於追管系統新增跨國轉介單，並依轉介單格式要求，提供相關訊息並於系統線上送出至該管衛生局審核。

(二) 管理單位衛生局：

1. 定期於追管系統公佈欄查閱轉介名單，並確認資料正確性。
2. 出境前檢驗結果已完成者，應於出境後之 14 日工作天內完成轉介單之審核。
3. 檢驗結果未完成而個案已出境者，應於檢驗結果登錄 14 日工作天內完成跨國轉介單之審核、並送管制中心審核。

(三) 疾管署：

1. 定期於追管系統公佈欄查閱轉介名單，並確認資料正確性。
2. 管制中心審核完畢後，將轉介單傳送至疫情中心 (IHR Focal Point) 進行後續移居國之聯繫事宜。
3. IHR Focal Point 於後續雙方國窗口聯繫事項涉政策規範時，移請慢性組協助回覆。

三、其他注意事項：

- (一) 追管系統跨國轉介功能僅記載各收送資料單位之最後一筆資料/承辦人員姓名，至各機關之內部陳核過程，則以紙本完成並自行留存作為紀錄。
- (二) 完成轉介作業，且經疾管署管制心確認轉介內容無誤後，即可辦理銷案。
- (三) 如有不符前述轉介條件、然基於其他公共衛生目的須辦理轉介者，則循紙本方式辦理。

- (四) 具中華民國國籍 (含雙重國籍) 或中華民國國民之外籍配偶，需以個案之簽署聲明佐證作為個案移居期間之證明資料。如未經查證逕自轉出銷案，致使個案 1 年內重新開案者，則以取消銷案繼續管理方式處理。
- (五) 具中華民國國籍 (含雙重國籍) 或中華民國國民之外籍配偶個案確認將移居他國未達 1 年，然因實際情形或對方國合作需求，須進行跨國轉介者，請管理單位衛生局及管制中心依序辦理轉介作業，但個案管理暫不銷案，請管理單位衛生局持續追蹤返國時程和治療狀況。
- (六) 個案出境後，復返台致須重新開案者，以結核病防治工作手冊「第二章個案通報登記」中規範之重開案審查作業方式處理。

Taiwan International Tuberculosis Referral Form

TO: Health Officer, Physician, or Tuberculosis Control Personnel of _____ (Country) :

The individual named below is an active tuberculosis patient and started on treatment in Taiwan.

Please make sure that the patient completes a full course of treatment. Thank you very much for your cooperation.

1. Patient's basic information:

(1) Name	First Name: _____ Last Name: _____
(2) Sex/ Date of birth	☐ Male ☐ Female / _____ / ____ / ____ (year/month/day)
(3) Passport No.	_____
(4) Flight arrival info.	Date: _____ / ____ / ____ Flight No.: _____
(5) Address	_____
(6) Telephone	_____
(7) Contact person	First Name: _____ Last Name: _____ The relationship to the patient: _____ Telephone: _____

2. Patient's clinical information:

(1) Diagnosis date	_____ / ____ / ____ (year/month/day)																					
(2) Classification of disease	☐ New Case ☐ Re-treatment Case ➤ (if Re-treatment checked) Patient's prior TB history and treatment: _____ _____																					
(3) Site (s) of disease	☐ Pulmonary ☐ Extra-pulmonary: _____																					
(4) Initial and recent test results	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Date</th> <th style="width: 30%;">Test</th> <th style="width: 40%;">Result</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____ / ____ / ____</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> (ex: sputum or other smears, cultures, susceptibility test, and radiographs)	Date	Test	Result	_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____			_____ / ____ / ____		
Date	Test	Result																				
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						
_____ / ____ / ____																						

(5) Current medications	Start Date	Drug	Dose	Frequency	Duration
	____/____/____				
	____/____/____				
	____/____/____				
	____/____/____				
	____/____/____				
	____/____/____				
(6) Treatment plan	Planned Stop Date	Drug	Dose	Frequency	Duration
	____/____/____				
	____/____/____				
	____/____/____				
	____/____/____				
	____/____/____				
	____/____/____				
(7) Any other comments					

3. Contact information:

If you have any further questions, please contact the following person who is in charge of the international referral affairs in Centers for Disease Control, Taiwan.

(1) Name	☐ Dr./ ☐ Mr./ ☐ Ms.
(2) Address	
(3) Telephone	
(4) Fax	
(5) E-mail	

Taiwan International Tuberculosis Referral Form

(台灣結核病個案國際轉介單)

03

結核病個案管理（附錄）

TO: Health Officer, Physician, or Tuberculosis Control Personnel of _____ (Country):
(致 _____ (對方國家名) 的健康照護者、醫師或結核病防治人員):

The individual named below is an active tuberculosis patient and started on treatment in Taiwan. Please make sure that the patient completes a full course of treatment. Thank you very much for your cooperation.

(下列人士為一名活動性結核病個案，並已開始在台灣進行治療，煩請確使其能完成治療，非常感謝您的配合。)

1. Patient's basic information: (病人基本資料)

(1) Name (姓名)	First Name: (名) _____ Last Name: (姓) _____
(2) Sex (性別) / Date of birth (生日)	☐ Male (男) ☐ Female (女) / ____/____/____ (year/month/day) (出生年/月/日)
(3) Passport No. (護照號碼)	
(4) Flight arrival info. (班機抵達資訊)	Date: (抵達日期) ____/____/____ Flight No.: (班機代號) _____
(5) Address (地址)	(請填病人移居對方國後新地址)
(6) Telephone (電話)	(請填病人移居對方國後新聯絡電話)
(7) Contact person (病人之聯絡人)	First Name: (名) _____ Last Name: (姓) _____ The relationship to the patient: (與病人之關係) _____ Telephone: (電話) _____

2. Patient's clinical information: (病人臨床情形)

(1) Diagnosis date (診斷日期)	____/____/____ (year/month/day) (年/月/日)		
(2) Classification of disease (疾病分類)	☐ New Case (新個案) ☐ Re-treatment Case (再治個案) ➤ (if Re-treatment checked) Patient's prior TB history and treatment: _____ (若勾選再治個案) 病人前次結核病史及治療史: _____		
(3) Site (s) of disease (病灶部位)	☐ Pulmonary (肺內) ☐ Extra-pulmonary: (肺外) _____ (請填肺外部位)		
(4) Initial and recent test results (初次及近期檢查結果)	Date (日期)	Test (檢查方式)	Result (結果)
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		
	____/____/____		

	(ex: sputum or other smears, cultures, susceptibility test, and radiographs) (方式例如：痰或其他檢體塗片、培養、藥敏試驗、放射線影像檢查)				
(5) Current medications (目前治療情形)	Start Date (開始治療日期)	Drug (藥物名)	Dose (劑量)	Frequency (用法)	Duration (使用天數)
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
(6) Treatment plan (治療計畫)	Planned Stop Date (預計停藥日期)	Drug (藥物名)	Dose (劑量)	Frequency (用法)	Duration (使用天數)
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
	___/___/___				
(7) Any other comments (其他補充意見)					

3. Contact information: (聯絡資料：此部分衛生局無須填寫)

If you have any further questions, please contact the following person who is in charge of the international referral affairs in Centers for Disease Control, Taiwan.

(若您有任何進一步的疑問，請聯繫下列台灣疾病管制署負責本業務的人員。)

(1) Name (姓名)	☐ Dr. (醫師) / ☐ Mr. (先生) / ☐ Ms. (小姐)
(2) Address (地址)	
(3) Telephone (電話)	
(4) Fax (傳真)	
(5) E-mail (電子信箱)	

各類銷案作業檢核表

03

結核病個案管理（附錄）

完成治療銷案	是否符合
管理之訪視/副作用評估記錄完整	☐ 是 ☐ 否
就醫日誌完整	☐ 是 ☐ 否
個案已確診	☐ 是 ☐ 否
確診個案接觸者追蹤資料完整且登錄	☐ 是 ☐ 否
DOTS 個案資料完整，並已完成都治中斷作業	☐ 是 ☐ 否
個案已停止抗結核藥物治療	☐ 是 ☐ 否
TB 就診手冊或治療結果調查表之親自診療醫師簽章，簽註「完治」	☐ 是 ☐ 否
初次 CXR 檢查、痰塗片、痰培養、鑑定及藥敏結果皆已確實登錄	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
肺外結核個案已完成肺外註記，並將肺外病理檢驗結果確實登錄，病理報告亦完成系統上傳	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
追蹤複查痰液結果皆已完成維護	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
治療處方符合「結核病診治指引」之標準處方	☐ 是 ☐ 否
銷案作業時間符合 30 日曆天期限	☐ 是 ☐ 否

其他完治/其他原因銷案	是否符合
管理之訪視/副作用評估記錄完整	☐ 是 ☐ 否
就醫日誌完整	☐ 是 ☐ 否
個案已確診	☐ 是 ☐ 否
確診個案接觸者追蹤資料完整且登錄	☐ 是 ☐ 否
DOTS 個案資料完整，並已完成都治中斷作業	☐ 是 ☐ 否
個案已停止抗結核藥物治療	☐ 是 ☐ 否
TB 就診手冊或治療結果調查表之親自診療醫師簽章，簽註「停止治療」	☐ 是 ☐ 否
初次 CXR 檢查、痰塗片、痰培養、鑑定及藥敏結果皆已確實登錄	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
肺外結核個案已完成肺外註記，並將肺外病理檢驗結果確實登錄，病理報告亦完成系統上傳	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
追蹤複查痰液結果皆已完成維護	☐ 是 ☐ 否
經診療醫師及諮詢委員會病例討論，確認個案無須繼續醫療、管理，審查表上傳系統	☐ 是 ☐ 否
銷案作業時間符合 30 日曆天期限	☐ 是 ☐ 否

排除診斷銷案-醫師診療排除	是否符合
管理之訪視/副作用評估記錄完整	☐ 是 ☐ 否
就醫日誌完整	☐ 是 ☐ 否
DOTS 個案資料完整，並已完成都治中斷作業	☐ 是 ☐ 否
個案已停止抗結核治療	☐ 是 ☐ 否
1. TB 就診手冊或治療結果調查表之親自診療醫師簽章，簽註「排除診斷」或 2. 經診療醫師及諮詢委員會病例討論，確認個案無須繼續醫療、管理，其審查表已上傳系統	☐ 是 ☐ 否
初次 CXR 檢查、痰塗片、痰培養、鑑定結果皆已確實登錄	☐ 是 ☐ 否
肺外結核個案已完成肺外註記，並將肺外病理檢驗結果確實登錄，病理報告亦完成系統上傳	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
其他各類檢驗結果皆已完成維護	☐ 是 ☐ 否
銷案作業時間符合 90 日曆天期限	☐ 是 ☐ 否

排除診斷銷案-NTM/BCG	是否符合
管理之訪視/副作用評估記錄完整	☐ 是 ☐ 否
就醫日誌完整	☐ 是 ☐ 否
DOTS 個案資料完整，並已完成都治中斷作業	☐ 是 ☐ 否
個案已停止抗結核治療	☐ 是 ☐ 否
1. TB 就診手冊或治療結果調查表之親自診療醫師簽章，簽註「NTM 排除診斷」或 2. 經診療醫師及諮詢委員會病例討論，確認個案無須繼續醫療、管理，其審查表已上傳系統 或 3. 菌株經疾管署鑑定為「M. bovis BCG」或 4. 雖無 BCG 鑑定結果但臨床醫師仍高度懷疑屬 BCG 疫苗不良反應欲排除診斷	☐ 是 ☐ 否
初次 CXR 檢查、痰塗片、痰培養、鑑定結果皆已確實登錄	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
肺外結核個案已完成肺外註記，並將肺外病理檢驗結果確實登錄，病理報告亦完成系統上傳	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
其他各類檢驗結果皆已完成維護	☐ 是 ☐ 否
銷案作業時間符合 90 日曆天期限	☐ 是 ☐ 否

死亡銷案-管理過程中死亡	是否符合
管理之訪視/副作用評估記錄完整	☐ 是 ☐ 否
就醫日誌完整	☐ 是 ☐ 否
確診個案接觸者追蹤資料完整且登錄	☐ 是 ☐ 否
DOTS 個案資料完整，並已完成都治中斷作業	☐ 是 ☐ 否
初次 CXR 檢查、痰塗片、痰培養、鑑定及藥敏結果皆已確實登錄	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
肺外結核個案已完成肺外註記，並將肺外病理檢驗結果確實登錄，病理報告亦完成系統上傳	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
追蹤複查痰液結果皆已完成維護	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
系統已有「衛生福利部死因登錄系統」之死亡原因資料 或 系統已上傳死亡診斷書	☐ 是 ☐ 否
尚未確定診斷的死亡個案提諮詢委員會審議，審查表上傳系統	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
銷案作業時間符合 90 日曆天期限	☐ 是 ☐ 否

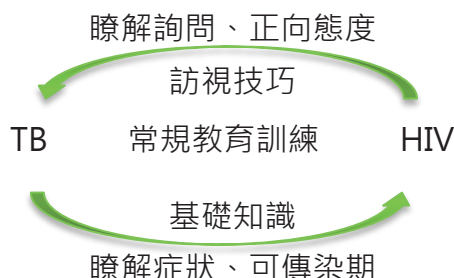
死亡銷案-通報後即死亡 / 死亡補通報	是否符合
個案管理訪視記錄完整	☐ 是 ☐ 否
就醫日誌完整	☐ 是 ☐ 否
確診個案接觸者追蹤資料完整且登錄	☐ 是 ☐ 否
初次 CXR 檢查、痰塗片、痰培養、鑑定及藥敏結果皆已確實登錄	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
肺外結核個案已完成肺外註記，並將肺外病理檢驗結果確實登錄，病理報告亦完成系統上傳	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
系統已有「衛生福利部死因登錄系統」之死亡原因資料 或 系統已上傳死亡診斷書	☐ 是 ☐ 否
尚未確定診斷者已提諮詢委員會審議，審查表亦上傳系統	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
銷案作業時間符合 90 日曆天期限	☐ 是 ☐ 否

轉出銷案	是否符合
管理之訪視/副作用評估記錄完整	☐ 是 ☐ 否
就醫日誌完整	☐ 是 ☐ 否
確診個案接觸者追蹤資料完整且登錄	☐ 是 ☐ 否
初次 CXR 檢查、痰塗片、痰培養、鑑定及藥敏結果皆已確實登錄	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
肺外結核個案已完成肺外註記，並將肺外病理檢驗結果確實登錄，病理報告亦完成系統上傳	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
追蹤複查痰液結果皆已完成維護	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
尚未確定診斷者已提諮詢委員會審議，審查表亦上傳系統	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
完成跨國轉介作業	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
移民、遣送、遠洋漁船出國，檢附衛生局疾管課課長以上核准簽章證明 或 出境證明	☐ 是 ☐ 否

銷案項目/證明文件	「結束治療日」 應登錄日期	銷案 期限	銷案作業處理說明
一、完治銷案			
醫囑先停藥後，親自診療醫師簽署「完治」於 TB 就診手冊或治療結果調查表	個案依醫囑停止用藥日	結束 治療 日後 30 日 曆天	醫囑停藥後儘速取得醫師簽署證明，若有特殊情況，如：等待檢驗報告時間，致使超過 30 日曆天，應書面註明於護理紀錄上，並不予納入延遲銷案
親自診療醫師先簽署「完治」於 TB 就診手冊或治療結果調查表，之後醫囑停藥			
諮詢委員病審會後，由親自診療醫師簽署回覆單同意			諮詢委員病審會會議後應儘速取得醫師同意證明
二、排除診斷銷案 - 醫師診療判定			
醫囑先停藥後，親自診療醫師簽署「排除診斷」於 TB 就診手冊或治療結果調查表	診療醫師簽署「排除診斷」日期	結束 治療 日後 90 日 曆天	應書面註明於護理紀錄上
親自診療醫師先簽署「排除診斷」於 TB 就診手冊或治療結果調查表，之後醫囑停藥			
諮詢委員病審會後，由親自診療醫師簽署回覆單同意			諮詢委員病審會會議後應儘速取得醫師同意證明
三、排除診斷銷案 - NTM (含「BCG」)			
醫囑先停藥後，親自診療醫師簽署「排除診斷」於 TB 就診手冊或治療結果調查表	診療醫師簽署「排除診斷」日期	結束 治療 日後 90 日 曆天	
親自診療醫師先簽署「排除診斷」於 TB 就診手冊或治療結果調查表，之後醫囑停藥			
諮詢委員病審會後，由親自診療醫師簽署回覆單同意			諮詢委員病審會會議後應儘速取得醫師同意證明
四、死亡銷案 (管理過程中死亡、通報即死亡、死亡後補通報)			
死亡診斷書	個案死亡日	結束 治療 日後 90 日 曆天	個案死亡後若尚未能確診，因等待檢驗報告時間，致使超過 90 日曆天，應書面註明於護理紀錄上，並不予納入延遲銷案
系統已有死亡註記			
五、轉出銷案			
移民、遣送、遠洋漁船出國，檢附衛生局疾管課課長以上核准簽章證明	個案出境日期	結束 治療 日後 90 日 曆天	
出境證明			
六、其他完治、其他原因銷案			
病例審查表	諮詢委員病審會判定日	結束 治療 日後 30 日 曆天	
註：1.醫師簽署回覆單之取得應於諮詢委員病審會後 14 日曆天內完成。 2.診療醫師不同意病審結果時，循「結核病診療諮詢小組」病審作業執行。 3.移民個案出境後 14 日曆天內應告知疾病管制署，以利通知移居國。			

HIV/TB 個案共管原則

一、相互建立基礎技巧及知識



二、各級衛生主管機關責任：設立合作模式窗口、定期分析評估趨勢及執行狀況等事項。

三、HIV/TB 之疫調合作及資訊共享

(一) 前提：最少擾民及互相合作

(二) 新通報的確診 HIV/TB 個案，HIV 系統及追管系統將自動勾稽，並以下述方式通知各級衛生主管機關：

1. HIV 系統/其他警示報表/特殊個案/結核病；
2. TB 追管系統首頁 HIV/TB 個案管理畫面。

(三) 不同通報時序之合作作業

TB 與 HIV 同時通報	HIV 先通報後 TB	TB 先通報後 HIV
1. HIV 防疫人員與 TB 防疫人員相互確認合作事項		
2. HIV 防疫人員及 TB 防疫人員分別於期限內完成各疾病之疫調。	2. 由 HIV 防疫人員提供必要協助，如疫調內容、既有的接觸者、TB 可傳染期活動場域等資訊。	2. 由 TB 防疫人員提供必要協助，如疫調內容、既有的接觸者、關係別等資訊。
3. 若 HIV 防疫人員於疫調後再取得接觸者、TB 可傳染期活動場域等資訊，應再提供予 TB 防疫人員。		
備註： (1) 若個案屬 HIV 跨縣市收案的個案，雙方衛生局（所）HIV 防疫人員應電話連絡合作的方式及配合事項。 (2) TB 及 HIV 之疫調結果，應分別維護至 HIV 系統及 TB 追管系統。 (3) 若 HIV 個案業經愛滋病指定醫院或民間團體收案管理，應將該單位之個案管理人員納入疫調的工作成員一起進行。 (4) HIV 防疫人員提供之接觸者名單及活動場域，應注意該個案的 TB 可傳染期，可傳染期的推估方式詳見「結核病防治工作手冊」第十章「結核病接觸者檢查」。		

四、15-49 歲 TB 個案之 HIV 檢驗

時序	診療醫師於 TB 通報後 1 個月內 瞭解個案 HIV 結果	防疫人員於通報後 3 個月內 瞭解 HIV 結果
建議程序	<pre> graph TD A([詢問病史]) -- 無 --> B[查詢3個月內院內檢驗結果] B -- 有 --> D([TB個案師將結果鍵入追管系統]) B -- 無 --> C[詢問3個月內他院檢驗結果] C -- 有 --> D C -- 無 --> E[口頭徵詢同意後檢驗] E -- 同意 --> D E -- 拒絕 --> F([TB個案師鍵入追管系統]) </pre>	<pre> graph TD A([查詢追管系統或詢問醫師或個案師]) -- 無 --> B[口頭徵詢同意後檢驗] B -- 同意 --> D([TB防疫人員將結果鍵入追管系統]) B -- 拒絕 --> C[填具「放棄人類免疫缺乏病毒(HIV)檢驗聲明書」(如附件)] C --> D </pre>
注意事項	(1) TB 個案師知悉 HIV 檢驗資訊宜儘速鍵入追管系統，至遲請於 TB 通報後 1 個月內鍵入。 (2) 若個案持續有 HIV 之危險行為，即便曾有陰性檢驗結果，仍可在 TB 治療期內，進行 HIV 檢驗。 (3) HIV 檢驗相關資訊包含：已為 HIV 陽性個案、3 個月內 HIV 檢驗結果具體事證、預定 HIV 檢驗日、HIV 抽血檢驗日、HIV 檢驗結果、TB 個案考慮中、拒絕、死亡等。	(1) TB 防疫人員知悉 HIV 檢驗資訊宜儘速鍵入追管系統，至遲請於 TB 通報後 3 個月內鍵入。 (2) 曾填具放棄 HIV 檢驗聲明書之個案，若表明有檢驗意願，仍得協助進行檢驗。 (3) HIV 檢驗之採檢及送驗作業，原則上由 HIV 防疫人員進行，得協同 TB 防疫人員辦理。 (4) HIV 檢驗相關資訊除左欄所列，尚包含放棄 HIV 檢驗聲明書等。
備註	(1) 對於 15-19 歲的個案，應向個案及其家長（法定代理人）說明 HIV 檢驗的重要性，並於口頭徵得個案及家長同意後，進行檢驗。 (2) 進行 HIV 檢驗程序及其它疑問之說明，請參閱疾管署全球資訊網/專業版/疾病介紹/結核病/Q&A/結核病個案進行 HIV 檢驗之常見問題及回覆說帖。 (3) 採檢流程/送驗及篩檢後陽性之複驗/確診檢驗方式請參閱「愛滋病防治工作手冊」第二章「篩選及檢驗」。 (4) 不論 TB 個案 HIV 篩檢結果為陰性或陽性，均應告知 TB 個案及 TB 診療醫師，並於 TB 追管系統上登錄。	

放棄人類免疫缺乏病毒（HIV）檢驗聲明書

03

結核病個案管理（附錄）

- _____（先生/女士）您好，人類免疫缺乏病毒感染正如同其他慢性疾病，影響結核病的治療過程，因此對於 15-49 歲的所有結核病患者，均建議進行此一常規性的檢驗。
- 若沒有此一檢驗結果，您和您的結核病治療醫師將無法完整知道您的免疫狀況，而進一步協助您。
- 一般而言，約有 50% 的人不知道自己此一免疫狀態。
- 衛生所公共衛生人員將口頭徵得您的同意後，抽血檢驗人類免疫缺乏病毒；若您目前仍有疑慮不願意進行檢驗，將請您填具此一敬告書。
- 假如您有任何「人類免疫缺乏病毒檢驗」的問題，可以詢問您的結核病治療醫師或與衛生所聯繫，並且隨時更改您的決定來接受檢驗。

簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

_____縣（市）_____衛生所 日期：_____年_____月_____

連絡人：_____ 連絡電話：_____

結核病全國資料庫異動申請單

03

結核病個案管理（附錄）

申請日期：____年____月____日

機關名稱：☐台北區 ☐北區 ☐中區 ☐南區 ☐高屏區☐東區

申請人聯絡電話：____分機____ 服務單位：____ 簽章：____

異動個案資料庫目前證號：____ ☐結核病病人 ☐結核病接觸者 ☐潛伏結核感染者

申請修改項目	內容說明				
錯誤通報	☐ 通報資料錯誤，直接刪除個案資料（請檢附正確資料）				
亂碼	☐ 通報資料亂碼，申請修改（請檢附正確資料）				
身分證號異動	☐ 身分證號錯誤直接刪除 ☐ 原始身分證號：____，異動為身分證號：____。				
用藥日異動	☐ 開始用藥日修改為____年____月____日 ☐ 停止用藥日修改為____年____月____日				
收案日異動	☐ 新案收案日由____年____月____日修改為____年____月____日 ☐ 重開案收案日由____年____月____日修改為____年____月____日				
檢驗資料異動	原始送驗單號：____，修正 ☐ 證號 或 ☐ 姓名為：____				
銷案異動	☐ 銷案日期修改由____年____月____日修改為____年____月____日 銷案原因修改（請檢附佐證資料） ☐ 完治 ☐ 改診斷 ☐ 轉出 ☐ 不合作 ☐ 行蹤不明 ☐ 死亡				
其他資料異動說明：					
衛生所		衛生局		管制中心	

資料異動處理流程：衛生局所填寫→區管中心承辦人員核章→傳真或 E-mail 疾管署管制中心/慢性組
傳 真 / E-mail：台北區 02-25507416、北區 03-3982913、中區 04-24753683、南區 06-2906714、
高屏區 07-8011668、東區 038-224732、疾管署慢性組 cdctb2035@cdc.gov.tw

特定職業、身分個案防治重點（附錄）



特定職業、身分個案防治重點（附錄）

特定職業、身分個案防治重點（附錄）

特定職業、身分個案防治重點（附錄）

特定職業、身分個案防治重點（附錄）

畜牧場人員名冊

場域名稱：

場域地址：

居住縣市別	飼主/從業人員姓名	身分證字號/居留證號	工作內容（如管理、餵食等）	通訊住址	連絡電話

結核病列管族群個案（醫院工作者）防疫措施調查表（表一）

醫療院所填列項目（日期：_____）		衛生局審查及建議（日期：_____）
身分證號：_____ 姓 名：_____		
職 稱：_____ 通報日期：_____		
疫情描述：（請依以下重點，條列式簡要描述）		
(1) 個案健康狀況，最近是否照過胸部 X 光及日期與結果。		
(2) 此次發病症狀與持續時間，就醫經過與醫師之處置，直至本次被通報前是否驗痰與驗痰結果。		
(3) 職場工作內容及工作時之防護措施情況，是否有結核病接觸史，職場接觸者人數（預估）及其接觸檢查執行情況。		
(4) 共同居住者（家庭、宿舍...）情形及人數，接觸檢查情形。		
防治措施：（請敘述醫院防治現況及實際作為）		
醫療院所主管核章：_____		衛生局審查後主管核章：_____

04

特定職業、身分個案防治重點（附錄）

結核病列管族群個案（醫院工作者）防疫措施調查表（表二）

填表日期	_____年_____月_____日
基本資料	姓名：_____ 身分證號：_____ 職稱：_____

問 卷 內 容	
1.受訪者分類	☐ 通報個案 ☐ 密切接觸者
2.感控部門是否已列管追蹤	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
3.院方是否已對您做過完整衛教與說明	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
4.您覺得個人隱私及權益是否受到適當照顧	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不適用
5.您目前的工作部門或場所為何	☐ 門、急診診間 ☐ ICU ☐ RCW ☐ 檢驗室 ☐ 病房，_____科 ☐ 檢查室（如支氣管鏡檢室） ☐ 行政科室或其他_____
6.您目前工作職務歸屬下列何者	☐ 醫師（含實習） ☐ 護理（含實習） ☐ 行政人員 ☐ 檢驗及檢查室（含助理） ☐ 其他醫事人員 ☐ 外包業務人員 ☐ 其他_____
7.您自覺身體不適而就醫，迄今時間約多久	☐ 2 週內 ☐ 約2 週至1 個月 ☐ 約1-2 個月 ☐ 約2 個月以上 ☐ 不適用（預設接觸者使用）
8.最近三天來您咳嗽的頻率為何	☐ 無 ☐ 偶爾（三天內任何一天，約1-2 次） ☐ 普通（三天內任何一天，約3-10 次以下） ☐ 經常（三天內任何一天，約10 次以上）
9.您目前是否配帶口罩	☐ 是，隨時配帶 ☐ 是，公共場所及工作時 ☐ 否
10.您目前接受的治療或給藥方式	☐ 常規門診治療中 ☐ 住院治療中 ☐ 未用藥（通報個案） ☐ 未用藥（接觸者） ☐ 預防性用藥（接觸者）

問 卷 內 容	
11.結核病藥物使用情形 (含LTBI預防用藥)	☐ 否 ☐ 是 (已服用天數<1 週) ☐ 是 (已服用天數1-2 週) ☐ 是 (已服用天數2 週-1 個月) ☐ 是 (已服用天數1 個月以上)
12.是否有糖尿病	☐ 否 ☐ 是
13.是否有高血壓	☐ 否 ☐ 是
14.是否有肝腎疾病	☐ 否 ☐ 是
15.是否接受胃切除術	☐ 否 ☐ 是
16.是否有抽菸習慣	☐ 否 ☐ 是 ☐ 已戒菸
17.最近一年家中是否有人 罹患結核病	☐ 否 ☐ 是
18.您的同事/密切接觸者最 近一年是否罹患結核病	☐ 否 ☐ 是
19.接觸頻繁之同事或共同 居住者人數 (每天相處超過 2個小時)	☐ 3 人以下 (含3 人) ☐ 4 人 ☐ 5 人 ☐ 6 人以上 ☐ 接觸者不適用
20.目前工作現況	☐ 請假休息中 ☐ 正常上班 (同通報前) ☐ 正常上班 (暫時調整工作型態) ☐ 已辭職

結核病個案可返校證明單

(範 例)

04

特定職業、身分個案防治重點（附錄）

茲證明_____君（身分證字號 _____；出生年月日____/____/____）
，經本單位查證已有效服藥 14 天（含）以上，特此證明。

開立單位：_____縣（市）_____衛生所

電 話：

中 華 民 國

年

月

日

（請加蓋衛生機構關防）

1. 一份本所留存，一份提供查證對象使用。
2. 為維護個案之隱私，請將此份資料妥善保存，依據傳染病防治法第十條規定，政府機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉傳染病或疑似傳染病病人姓名、病歷及病史等有關資料者，不得洩漏。
3. 可返校之標準：
 - (1) 無傳染之虞之結核病個案可正常上學。
 - (2) 痰陽性具傳染之虞者，經提具醫療單位之陰轉證明，或經衛生主管機關證明已有效服藥 14 天（含）以上後，即可返校。
 - (3) 為多重抗藥性個案，或為多重抗藥性個案接觸者發病時，相關處理及返校時機視實際醫療情形個別處理。
4. 有效服藥 14 天（含）以上之標準：納入 DOTS 14 天（含）以上，其中目視服藥 10 天（含）或以上者。

外籍勞工廢止聘僱函 (範例)

○○○衛生局 函

地址:○○○○○

承辦人:○○○

電話:○○○○○

傳真:○○○○○

電子信箱:○○○○○

受文者：勞動部

發文日期：中華民國○○年○○月○○日

發文字號：

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通（本件至○○年○○月○○日解密）

附件：個案通報乙份

主旨：有關雇主○○○君聘僱之○○籍勞工●●●（護照號：○○○○○○，居留證號：○○○○○○），經確認為活動性肺結核（或結核性肋膜炎），請大部依法廢止其聘僱許可，請查照。

說明：

- 一、 依「就業服務法」第 73 條第 4 款及第 74 條第 1 項規定，雇主聘僱之外國人罹患經中央衛生主管機關指定之傳染病，廢止其聘僱許可。經廢止聘僱許可之外國人，應即令其出國，不得再於中華民國境內工作。
- 二、 查該外勞於○○年○○月○○日經○○醫院胸部 X 光（結果為異常、○空洞）及痰塗片（結果為○性）檢查結果確認為活動性肺結核（或結核性肋膜炎），該院予以抗結核用藥治療。檢附●●●君醫院通報資料影本乙份。
- 三、 依內政部「禁止外國人入國作業規定」，肺結核患者管制入境至痊癒之日。旨揭勞工返回母國後，仍需繼續治療至痊癒，取得母國衛生當局核發之「肺結核個案管理及完治證明」或醫院核發之病歷摘要（含藥品名稱、治療期程、胸部 X 光檢查結果及痰液檢查結果；須翻譯為中文或英文），並經我國駐外館處驗證，送交內政部移民署，始得解除入境管制。
- 四、 原則上，痰檢查陽性個案需服用抗結核藥物 2 週，才可搭乘飛機出國。（對於痰檢查陽性個案，請加註此段說明；否則請刪除。）

正本：勞動部

副本：○○○君、內政部移民署○○○服務站、衛生福利部疾病管制署

備註：本函文格式供參考，各衛生局請依實務需要修正。

外籍勞工不予備查函 (範例)

○○○衛生局 函

地址:○○○○○

承辦人:○○○

電話:○○○○○

傳真:○○○○○

電子信箱:○○○○○

受文者:○○○(雇主)

發文日期:中華民國○○年○○月○○日

發文字號:

速別:

密等及解密條件或保密期限:

附件:

主旨:臺端聘僱外國人●●●(護照:○○○○○○○),辦理入國工作滿○個月健康檢查備查乙案,經確診為活動性肺結核(或結核性肋膜炎),依法不予備查,請查照。

說明:

一、依臺端○○年○○月○○日申請書辦理。

二、旨揭勞工●●●於○○年○○月○○日經○○醫院檢查診斷為「疑似肺結核」,並於○○年○○月○○日經確認機構○○醫院診斷為活動性肺結核(或結核性肋膜炎),依「受聘僱外國人健康管理辦法」第6條附表認定為不合格。

三、依「就業服務法」第73條第4款及第74條第1項規定,受聘僱外國人健康檢查不合格,經中央勞工主管機關廢止聘僱許可者,應即令其出國,不得再於中華民國境內工作。

四、依內政部「禁止外國人入國作業規定」,肺結核患者管制入境至痊癒之日。旨揭勞工返回母國後,仍須繼續治療至痊癒,取得母國衛生當局核發之「肺結核個案管理及完治證明」或醫院核發之病歷摘要(含藥品名稱、治療期程、胸部X光檢查結果及痰液檢查結果;須翻譯為中文或英文),並經我國駐外館處驗證,送交內政部移民署,始得解除入境管制。

五、原則上,痰檢查陽性個案需服用抗結核藥物2週,才可搭乘飛機出國。(對於痰檢查陽性個案,請加註此段說明;否則請刪除。)

正本:○○○

副本:勞動部、內政部移民署○○○服務站。

備註:本函文格式供參考,各衛生局請依實務需要修正。

外勞留臺治療之都治同意函

(範例)

○○○衛生局 函

地址：○○○○○

承辦人：○○○

電話：○○○○○

傳真：○○○○○

電子信箱：○○○○○

受文者：○○○（雇主）

發文日期：中華民國○○年○○月○○日

發文字號：

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：臺端聘僱外籍勞工●●●（護照號碼：○○○○○○○）經確診為活動性肺結核（或結核性肋膜炎），本局同意提供該勞工都治服務藥物治療，請查照。

說明：

- 一、依據受聘僱外國人健康檢查管理辦法第9條規定辦理，兼復臺端○○年○○月○○日協助受僱者接受治療意願書及受僱者接受衛生單位安排都治同意書。
- 二、本局同意外籍勞工●●●（護照號碼：○○○○○○○）得於完成抗結核藥物治療後再檢查。結核病治療期間約需6至9個月，請您於該勞工完成肺結核藥物治療後，檢具其治療院所核發的再檢查陰性診斷證明書，送交本局備查。
- 三、外籍勞工肺結核個案如於聘期屆滿前，仍未完成治療者，將由衛生機關進行跨國轉介，請其返回母國後繼續治療。
- 四、外籍勞工肺結核個案如未配合都治累計達15日（含）以上，或後續診斷為多重抗藥結核病者，視為健康檢查不合格，由衛生局函送勞動部廢止其聘僱許可。

正本：○○○、勞動部（如為入國3日內健檢發現之個案，須行文勞動部。若不知個案是否為入國3日健檢發現的個案，一律行文勞動部）

副本：衛生福利部疾病管制署

備註：本函文格式供參考，各衛生局請依實務需要修正。

結核病簡易篩檢問卷評估表

評估日期		評估單位		評估者	
姓名		生日		入所日期	
身分證號		居留證號		護照號碼	
問卷篩檢內容					
疑似結核病症狀篩檢	咳嗽超過兩週	☐ 是，2分		☐ 否，0分	
	有痰	☐ 是，2分		☐ 否，0分	
	過去三個月有體重減輕情況	☐ 是，1分		☐ 否，0分	
	最近食慾不振	☐ 是，1分		☐ 否，0分	
	胸痛或肋間痛	☐ 是，1分		☐ 否，0分	
	得分小計		分		
健康體位評估	身高：	公尺	體重：	公斤	
	BMI (身體質量指數)：		計算公式：體重 (公斤) ÷ 身高 ² (公尺 ²)		
結核病用藥史	最近五年內是否曾服用過抗結核病 (肺癆) 藥物 ☐ 是，開始服藥年：_____ 服用多久：_____ (月) ☐ 否				
評估異常結果		建議處置			
☐ 症狀篩檢得分≥5 分 ☐ BMI 值 < 20 ☐ 近五年有結核病用藥史		符合左列任一異常結果，應進行下列處置： 1.立即提供外科口罩予收容人配戴 ☐ 已完成 ☐ 未完成 2.與其他收容人隔離住所 ☐ 已完成 ☐ 未完成 3.盡速安排胸部 X 光檢查或驗痰 ☐ 已完成 ☐ 未完成			

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

結核病個案出獄前準備

04

特定職業、身分個案防治重點（附錄）

姓名：_____ 身分證號：_____ 預定出獄日：_____

通報日：_____ 初痰日期：_____ ☐陰性 ☐陽性 ☐MTBCX光日期：_____ ☐正常 ☐無空洞 ☐有空洞 ☐其他_____

開始治療日：_____ 預定停止治療日：_____

目前服用處方：☐INH ☐RMP ☐PZA ☐EMB☐RFT ☐RFN ☐AKuriT-4 ☐AKuriT-3

其他：_____

衛教內容：

☐ 繼續服藥及追蹤複查之重要性☐ 藥物副作用監測☐ 居家環境注意事項☐ 告知將有衛生所人員居家訪視及社區都治服務☐ 提供就醫醫院資訊，並發給 TB 就診手冊說明權益與義務☐ 告知出獄後諮詢與照顧單位及聯絡方式：

管理單位（衛生所）：_____ 縣（市） _____ 鄉（鎮） _____

負責人：_____ 連絡電話：_____

出獄後聯絡地址：_____

出獄後聯絡電話/聯絡人：_____

衛教日期：_____ 衛教者簽名：_____ 個案簽名：_____

人口密集機構辦理結核病防治事項自我檢核表

工作事項		人口密集機構查核
平時	1. 員工任用前及住民入住前 3 個月內應有 X 光檢驗報告。	☐
	2. 每年安排員工及住民胸部 X 光檢查，並依規定保存其資料至少 7 年。	☐
	3. 如有咳嗽超過 2 週，應給予住民外科手術口罩並儘速安排就醫檢查。	☐
發現確診個案	1. 檢查後如發現痰塗片陽性結核病個案，應採適當隔離措施或住院治療。	☐
	2. 備齊指標個案之健康管理相關資料。	☐
	3. 應保護指標個案隱私，不得無故洩漏個案姓名及病歷相關資料，並確切保護個案之就業權。	☐
接觸者檢查	1. 依地方衛生主管機關推估之指標個案可傳染期，列舉指標個案於可傳染期間之活動場所（機構住民配置圖、平面圖）、員工班表、工作紀錄表及訪客紀錄，並協助地方衛生主管機關釐清是否符合接觸者檢查對象。	☐
	2. 配合地方衛生主管機關舉辦接觸者說明會或個別提供接觸者衛教與說明（對象為接觸者或其家屬）。使接觸者及其家屬充分了解結核病防治正確觀念，並了解其自身或家屬為結核病患接觸者。	☐
	(1) 說明會準備事項：通知接觸者及其家屬出席；統計出席率以選定說明會日期；寄發說明會通知書並電話通知；未出席者以電話及書面通知應配合事項與衛教。	☐
	(2) 相關資料可參見疾病管制署全球資訊網「結核病問與答」、「接觸者檢查及潛伏結核感染 Q&A」、「結核病接觸者檢查通知書」、「結核病接觸者衛教單張」及相關宣導品。	☐
	3. 由機構安排接觸者檢查。	☐
	4. 追蹤接觸者檢查結果，將結果回覆轄區衛生局，並依規定保存接觸者檢查結果至少 7 年。	☐
	5. 配合地方衛生主管機關之疫情調查及環境評估。	☐

04

特定職業、身分個案防治重點（附錄）

縣市衛生局 雲端直接觀察治療（eDOPT）同意書及注意事項

接受治療者：_____身分證字號：_____

性別：_____ 出生年月日：_____年_____月_____日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染(LTBI)檢驗結果，並經由醫師評估顯示，目前您有潛伏性結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染之治療，可以高達90%以上避免發病的成功率。同時可減少將來發病傳染給同住者與親友以及在發病後的治療需面對長期及至少要吃合併3種以上副作用更多的藥物。

治療應注意事項如下：

- 一、治療的方式：每日服用敵癆剋星片（INH），完成至少9個月的藥物治療，並接受由「關懷員」每日關懷服藥，藉由正確有效的服藥，可達到最佳保護力，減少日後發病。
- 二、治療過程中，如果您有任何不舒服（噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹等），請於每日服藥時，告訴關懷員或衛生所護士，並請儘速返回診治醫師處，請醫師就不舒服的情況判斷，是否繼續服藥。
- 三、如果本單張未能解答您所有問題，或者您讀後仍有任何疑慮，請隨時向您的關懷員、醫生或護士查詢。

本人同意由關懷員以手機 App 方式，每日接受雲端直接關懷治療服務。

版本	Android	iOS	Windows
網址	http://210.65.89.58/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	http://210.65.89.58/CDCWeb/iOS_Dnload.htm	http://210.65.89.58/cdcweb/apk/setup_WinDotsApp.zip
QR code			

基於上述聲明：

☐ 同意接受潛伏結核感染之治療

☐ 不同意

立同意書者與接受治療者之關係

☐ 本人 _____ 簽名 _____

☐ 法定代理人 _____ 簽名 _____

中華民國_____年_____月_____日

備註：

1. 傳染病防治法第48條 曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
2. 20歲以下應有法定代理人（通常為父或母）同意後之簽名。

縣市衛生局都治（eDOTS）計畫同意書

本人 _____，身分證字號 _____，性別 _____，
民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日生，茲因罹患結核病(含疑似)，為保護親朋好友同事等，
並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助下，按規服藥治療，完成
至少六個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

世界衛生組織強力推薦每一位服用抗結核藥的個案均應實施直接觀察治療，惟因個案因素，本人同意自行保存藥物於適當之溫度與濕度，避免藥物潮解致無效，並主動與關懷員溝通配合，以雲端都治方式服用藥物。

服用藥物期間若有其他症狀、藥物副作用，應主動告知關懷員及診療醫師，減少不適感，以利完成治療。

立書人 _____（簽名）

或法定代理人 _____（簽名）

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：1. 傳染病防治法第 43 條：傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，
不得拒絕、規避或妨礙。

2. 個案為無行為能力人或限制行為能力人時，請其法定代理人代為同意後執行。

3. 痰陰性病人接受療程首兩個月關懷送藥服務後，若病情穩定持續呈陰性，依公共衛生考量，兩個月
後可改以自行管理方式服藥

雲端直接觀察治療執行流程與注意事項

一、對象

- (一) 經詢問個案，拒絕接受關懷員到點執行親自關懷服藥為前提，且符合本署雲端都治政策對象。
- (二) 潛伏結核感染治療短程治療處方 3HP，不得以雲端都治執行。

二、執行流程作業

- (一) 個案填具雲端都治同意書後，教導程式下載及使用方式，且實地視訊測試。
- (二) 每週至少五日以行動載具執行雲端都治關懷服藥並登錄系統。
- (三) 衛生局(所)每月訪視一次，關懷員每月需一次實際到點關懷(與衛生局分開)。
- (四) 關懷員分案

潛伏結核感染治療個案管理主畫面

《LTBI就醫照護日誌》 《DOPT日誌增修》 《地段訪視日誌》 《遷出入及證號異動》 《關聯個案清單》 《接觸者管理紀錄卡》

【DOPT日誌管理：親自關懷天數·最近DOPT日】天·

DOPT執行方式	DOPT(視訊, 每日)	關懷員類別 ★	都治專案計畫關懷員
DOPT加入日期	2015/10/1 選擇 清除	專案關懷員身分證號	██████████
DOPT中斷日期	選擇 清除	DOPT中斷原因	---

(五) 個案電腦編號查詢

結核病個案接觸者管理紀錄卡

(DOPT專案日誌) · (地段訪視) · (就醫照護紀錄) · (關聯個案清單) · (回上一頁)

◆ LTBI 結核病潛伏感染治療資料

LTBI系統建檔日	2014/12/9 下午 03:41:12	身分證號·電腦編號	TEST0888, 33222
管理單位代碼	3113	前次遷出單位·日期	0109 2014/12/10
LTBI個案姓名	陳大帥	出生年月日	2006/1/30
性別		體重	

三、注意事項

- (一) 關懷員確認藥物正確性，並拍攝服藥照片 3 張：藥物放舌頭、吞藥後張口伸舌頭、吞藥後舌頭頂上顎。
- (二) 個案可於傳訊息時提供副作用照片。
- (三) 視訊服藥後，關懷員應關懷個案並填寫副作用問卷。
- (四) 公衛管理人員於 DOTS 雲端管理平台檢視照片及副作用填報。
- (五) 個案使用雲端都治執行情形不佳者，經報告公衛管理人員，應改為親自關懷服藥。
- (六) 系統每日凌晨 0-5 時執行資料處理，請避開此時段都治。

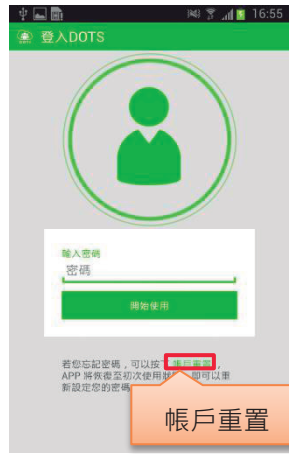
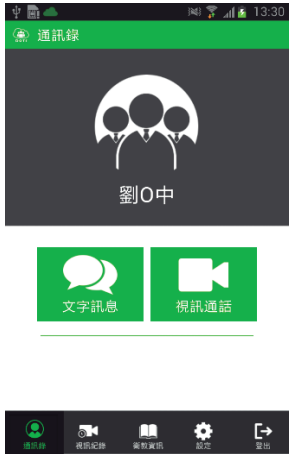
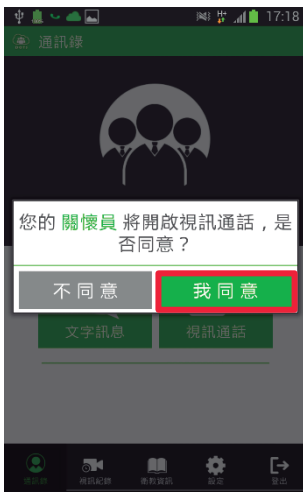
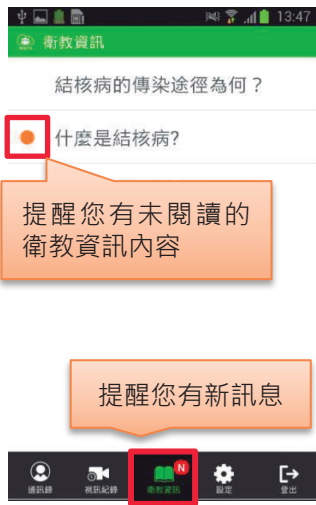
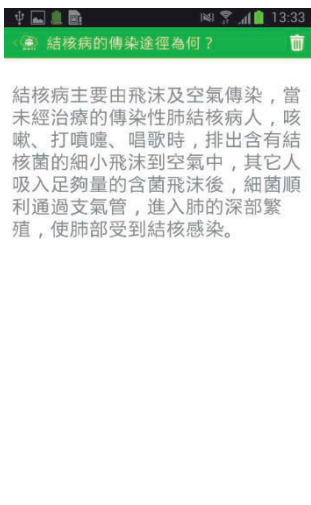
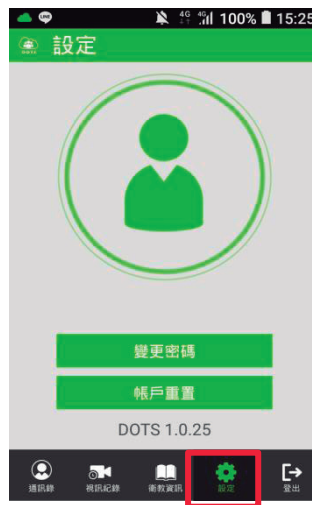
四、操作說明

(一) 民眾版

DOTS APP 簡易操作說明 (民眾版 V2.0)

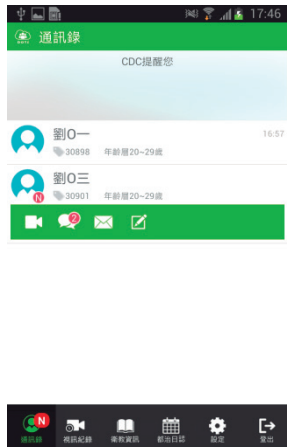
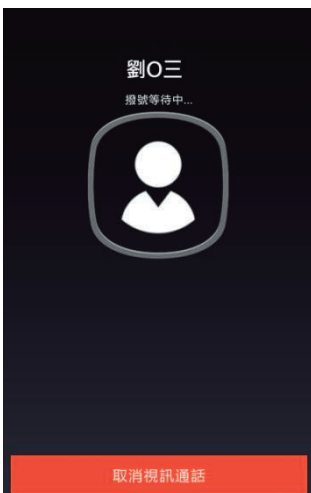
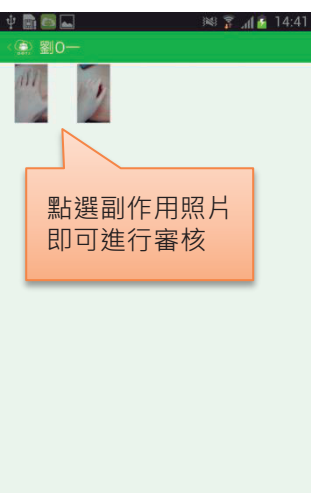
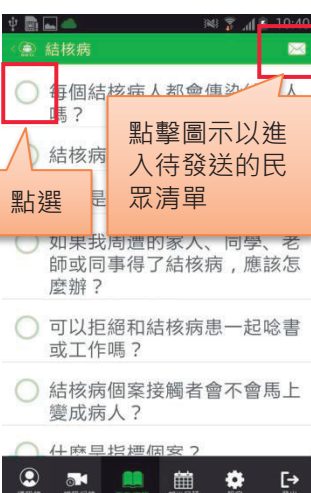
05

都治策略 (附錄)

1.掃描 QR code 安裝  安裝網址: http://210.65.89.58/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	2.首次登入 	3.日後登入  帳戶重置	4. 登入頁  文字訊息 視訊通話
5.關懷員撥打視訊給您 	6.開啟視訊(民眾手機畫面) 	7. 進入文字訊息頁 	8.傳送副作用照片 
9. 查閱衛教資訊 	10.閱讀衛教資訊內容 	11.設定 	12.變更密碼 

(二) 關懷員版

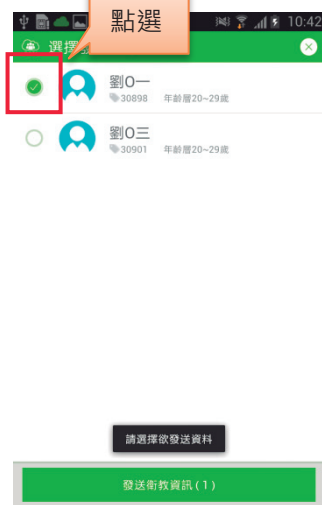
DOTS APP 簡易操作說明 (關懷員版 V2.0)

1.掃描 QR code 安裝  安裝網址: http://210.65.89.58/cdcweb/apk/DOTS-Android.apk	2.首次登入 	3.日後登入  帳戶重置 忘記密碼	4. 登入頁 
5.關懷員撥打給民眾 	6.開啟視訊  按下拍照圖示就可進行拍照	7. 填寫副作用 	8. 親眼目睹個案服藥  關懷員視訊過程中，拍下民眾服藥的畫面，即可按下“是”
9. 民眾發送副作用照片給您  提醒您有民眾上傳副作用圖示訊息	10.待審核副作用照片  點選副作用照片即可進行審核	11.選擇衛教資訊 	12.選擇發送衛教訊息  點選 點選圖示以進入待發送的民眾清單

05

都治策略 (附錄)

13. 選擇欲發送的民眾



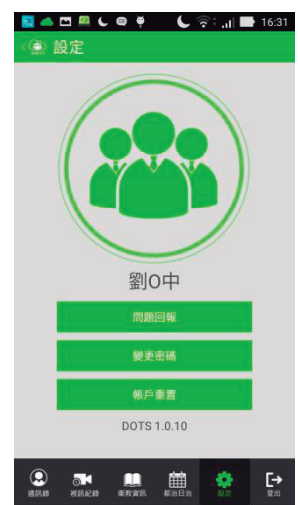
14. 都治日誌登入畫面



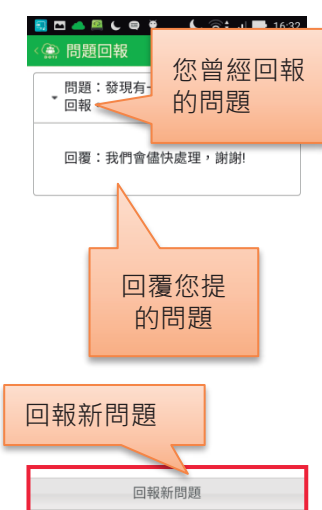
15. 都治日誌主畫面



16. 設定



17. 問題回報主頁



18. 回報新問題



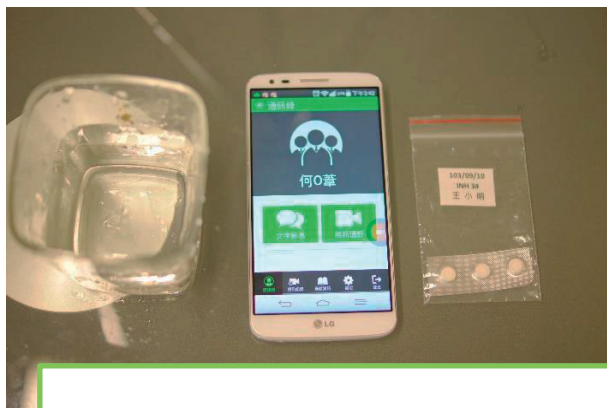
19. 變更密碼



20. 帳號重置



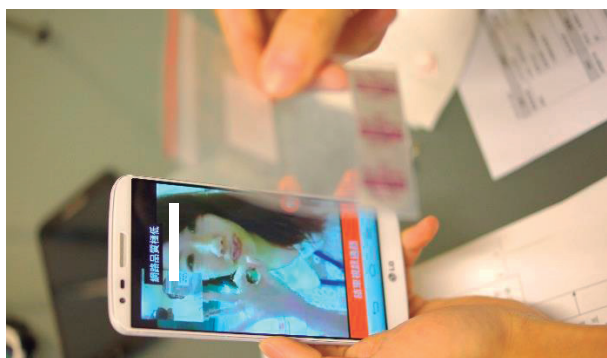
五、服藥過程



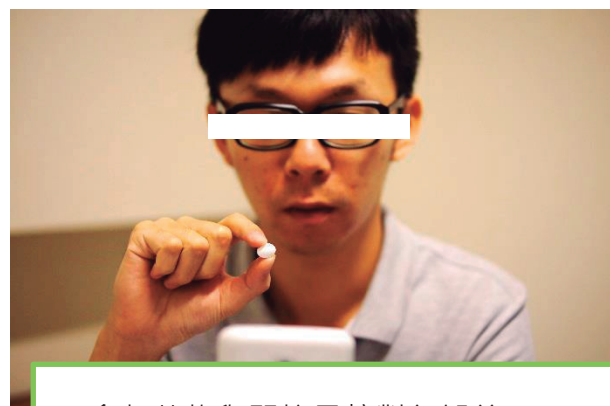
①準備用物：透明水杯、手機、藥包



②撥出影像電話並確認攝影鏡頭對準自己，讓手機左上角視窗可看見您的全臉



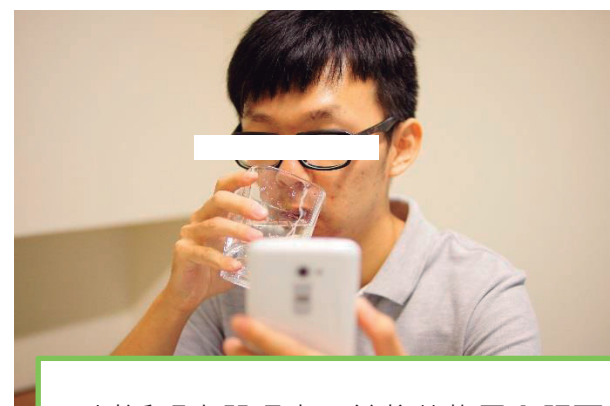
③將藥包對準鏡頭，使關懷員可以清楚看見藥包上日期及藥物種類及數量



④拿起藥物與關懷員核對無誤後



⑤將藥物放在舌頭上，鏡頭前移對準嘴巴，讓關懷員清楚看見藥物已放入口中



⑥以透明容器喝水，並將藥物吞入服下

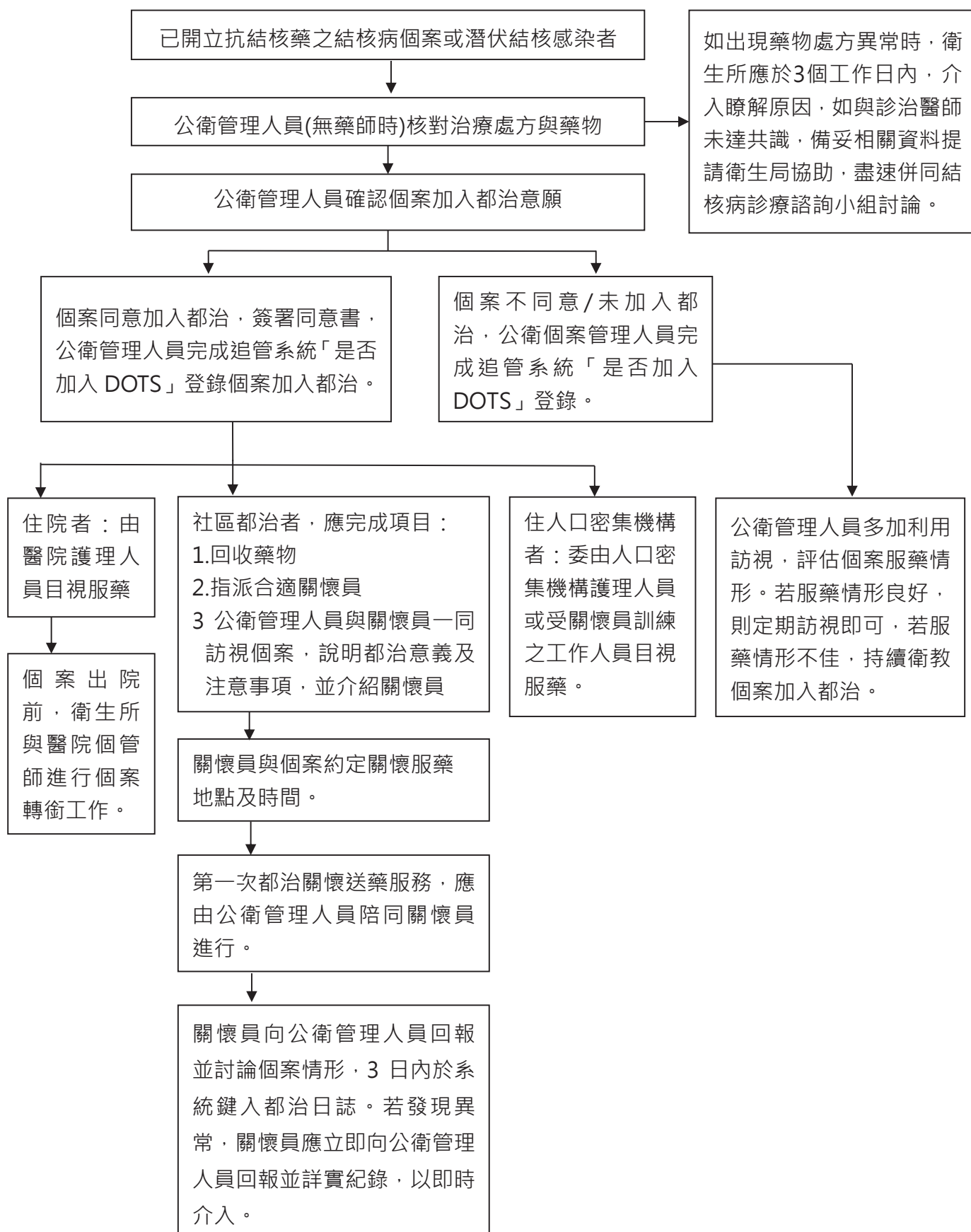


⑦藥物吞入服下後，鏡頭前移對準嘴巴，先張口伸舌頭



⑧再將舌頭往上顎頂住，讓關懷員確認藥物已確實服下，完成服藥

都治執行流程



縣市衛生局都治（DOTS）計畫同意書 （範例）

本人 _____，身分證字號 _____，性別 _____，
民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日生，茲因罹患結核病（含疑似），為保護親朋好友同事等，
並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助、關懷下按規服藥治療，
完成至少六個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

世界衛生組織強力推薦每一位服用抗結核藥的個案均應實施直接觀察治療，
藉由經過訓練並且客觀的關懷員執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」，關懷
員送藥前由都治站藥師及公衛管理人員等專業人員進行多重確認與包裝以確保
用藥正確，且都治站均有配置專門用於存放藥物之藥櫃，確保藥物能保存於適
當之溫度與濕度之下，可避免藥物潮解並產生無效。

關懷送藥除了確保病人真正服用藥物外，更藉由這段期間與病人溝通與觀
察病人是否有其他症狀、藥物副作用可以協助提早通知診療醫師處理，減少病
人不適感，陪同病人（及其家屬）渡過漫長治療期。

本人授權 _____ 縣/市衛生局下設立之都治關懷站保管本人之抗結核治療
藥物，並每日由關懷員送藥/本人至指定地點，進行直接觀察治療。

立 書 人 _____（簽名）
或法定代理人 _____（簽名）
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：1. 傳染病防治法第 43 條：傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，不得
拒絕、規避或妨礙。

2. 個案為無行為能力人或限制行為能力人時，請其法定代理人代為同意後執行。

3. 痰陰性病人接受療程首兩個月關懷送藥服務後，若病情穩定持續呈陰性，依公共衛生考量，兩個月後
可改以自行管理方式服藥

縣市衛生局（範例）

直接觀察治療（DOPT）同意書及注意事項

接受治療者：_____ 身分證字號：_____

性 別：_____ 出生年月日：_____年 _____月 _____日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染檢驗（皮膚結核菌素試驗或丙型干擾素釋放試驗）結果，並經由醫師評估顯示，目前您（的小孩）有潛伏性結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染治療，保護力可以高達 9 成，除可有效降低將來發病傳染給同住者與親友的情形，亦減少發病後需面對長期且至少要吃合併 3 種以上副作用更多的藥物治療的可能。

治療應注意事項如下：

一、治療的方式（請勾選）：☐每日服用敵癆剋星片（INH），完成至少 9 個月的藥物治療或☐每週服用速克伏（INH+rifapentine）1 次，完成 12 次劑量，計 3 個月期間的藥物治療，並接受由「關懷員」每日親自送藥關懷，藉由正確有效的服藥，可達到最佳保護力，減少日後發病。

※使用速克伏處方者，務必由關懷員親自送藥關懷每個劑量。

二、治療過程中，如果您（的小孩）有任何不舒服（發燒、噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹、急性過敏反應等），請告訴關懷員或衛生所護理人員，並請儘速返回診治醫師處，請醫師就不舒服的情況判斷，是否繼續服藥。

三、如果本單張未能解答您所有問題，或者您讀後仍有任何疑慮，請隨時向您（的小孩）的關懷員、醫生或護理人員查詢。

本人授權_____縣（市）衛生局下設立之都治關懷站保管本人之潛伏結核感染治療藥物，並每日由關懷員送藥/本人至指定地點，接受直接關懷治療服務。

基於上述聲明：

☐同意 ☐不同意

立同意書者與接受治療者之關係

☐本人_____簽名_____

☐法定代理人_____簽名_____

中華民國_____年_____月_____日

備註：

- 傳染病防治法第 48 條 曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
- 20 歲以下應有法定代理人（通常為父或母）同意後之簽名。

結核病個案服藥紀錄(DOTS 日誌)

衛生局：都治站：

病人姓名：	年齡：	性別：	身分證號：
住址：			
住家電話：		行動電話：	

服藥紀錄：開始治療日期： 年 月 日

日 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

填表說明：親自看著病人服藥請以 V 表示；病人自己服藥請以△表示；病人未服藥請以×表示

病人特殊狀況記載

年 月 日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：
年 月 日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：
年 月 日	內容：	解決方式：	備註：	個管人員簽名：

關懷員簽名：_____

LTBI 服藥紀錄(DOPT 日誌)

衛生局：

都治單位：

LTBI 個案姓名：

年齡：

性別：

身分證號：

住址：

住家電話：

行動電話：

服藥紀錄：

開始治療日期： 年 月 日

月份	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月																															
食不																															
肢麻																															
眼黃																															
膚疹																															
腹痛																															
其他																															
月																															
食不																															
肢麻																															
眼黃																															
膚疹																															
腹痛																															
其他																															
月																															
食不																															
肢麻																															
眼黃																															
膚疹																															
腹痛																															
其他																															

填表符號說明：

關懷員簽名：

1. 親自看著病患服藥請在當日 ☐ 以 ☒ 表示

2. 病患自己服藥請在當日 ☐ 以 ☐ 表示

3. 未服藥請在當日 ☐ 以 ☒ 表示

4. 副作用填寫注意事項：

共有 5 大副作用

(1) 食不：食慾不振

(2) 肢麻：手腳麻木

(3) 眼黃：眼白變黃

(4) 膚疹：皮膚癢疹

(5) 腹痛：右上腹部疼痛

其填寫方式為：

(1) 有副作用請在當日 ☐ 以 ☒ 表示

(2) 無副作用請在當日 ☐ 以 ☐ 表示

都治日誌輸入方式說明表

項目		社區都治	人口密集機構都治	住院都治	雲端都治
結核病個案日誌管理作業	是否加入 DOTS 核定日	1.是，同意加入 DOTS；則鍵入實際開始執行日期。 2.否，拒絕；則為判定拒絕之日期。	1.是，同意加入 DOTS；則鍵入實際開始執行日期。 2.否，拒絕；則為判定拒絕之日期。	1.是，同意加入 DOTS；則鍵入實際開始執行日期。 2.否，拒絕；則為判定拒絕之日期。	1. 是，同意加入 DOTS；則鍵入實際開始執行日期。 2. 否，拒絕；則為判定拒絕之日期。
	關懷員類別	都治專案計畫關懷員	都治專案計畫關懷員(醫療機構或療養院護士)	都治專案計畫關懷員	都治專案計畫關懷員
	專案關懷員身份證字號	身份證字號	LTC	ADD	身份證字號
	中斷原因	1. DOTS 療程結束★：DOTS 療程結束醫囑可停藥 2.無細菌學證據，依規定期限中止：加入 2-3 個月後，痰為陰性中斷。 3.拒絕：則為判定拒絕之日期 4.住院中 5.副作用 6.排除診斷（診療醫師簽署排除診斷之日期）或其他疾病而需停藥者 7.行蹤不明 8.住在外地 9.其他： * 如關懷員無法親自關懷個案可能達 14(含)天以上或判斷無法參加者，應依其原因鍵入中斷。 * 中斷原因請以特定原因為優先，如個案因副作用而醫囑停藥則中斷原因請鍵入「副作用」。			
	中斷日期	結束用藥日隔天			
DOTS 結核病專案日誌管理	DOTS 執行機構	衛生所代碼	衛生所代碼	醫療院所代碼	衛生所代碼
	關懷員證號·姓名	關懷員證號·姓名	LTC	ADD	關懷員證號·姓名
	用藥管理	1. 由關懷員親自送藥並親眼目睹服藥時，點選「DOTS 計畫關懷員」。 2. 個案自行服藥或藥物未回收者，點選「個案自行管理」。	DOTS 計畫關懷員(含長照機構)	住院中	個案自行管理

項目	社區都治	人口密集機構都治	住院都治	雲端都治
執行方式	1. 關懷員親眼目睹或親自家訪者，點選「親自家訪執行」。 2. 個案自行服藥者，點選「不適用」。 3. 個案到點服藥者，點選「個案自行到點」。	1. 以電話查證則請點選「電話查證」 2. 如未電話查證則點選「長照機構」	1. 以電話查證則請點選「電話查證」 2. 如未電話查證則點選「不適用」	電話查證
個案服藥方式	1. 關懷員親眼目睹者，點選「親眼目睹」。 2. 假日個案自行服藥者，點選「個案自行服藥」。	不適用	不適用	親眼目睹

備註:

- 一、送藥者須完成關懷員訓練方能執行都治關懷（住院中除外）。
- 二、藥物務必妥適收置於都治站（住院及醫院都治等藥物不需放於都治站情形）。
- 三、社區都治及雲端都治之都治日誌由關懷員鍵入，人口密集機構及住院都治之都治日誌由公衛管理人員鍵入，「用藥管理」、「執行方式」、「個案服藥方式」請確實登錄。
- 四、若因故未服藥者，請務必在都治日誌之備註欄註記原因。
- 五、都治關懷員關懷送藥期間，服用 ethambutol 抗結核藥物之結核病個案，應至少每星期檢查辨色力一次，其檢查結果請於副作用欄位勾選。
- 六、MDR 個案，納入 MDR 團隊者，都治日誌由團隊工作人員每日確實登錄。（地段仍需依規定辦理個案管理相關事宜）
- 七、登錄中斷原因及日期註記後，系統將自動新增一筆都治日誌，且關懷員或公衛管理人員無法再新增日誌。
- 八、若為錯誤鍵入加入或中斷資料，則請衛生局(所)檢附佐證並由護理長核章後提出異動申請。

辦理結核病防治作業執行狀態檢核表

受核縣市/鄉鎮：

資料下載日： / /

查核日期： / /

方式	來源	對象	查核項目名稱	人數	%	處理狀態/說明
系統 整體性 檢核	Monitor 系統報表檢核	都治品管報表	結核病	1.衛生所現管結核病人數		
				2.應加入DOTS人數		
				2-1 加入DOTS人數 / 執行率		
				2-2 C級人數 / 率		
				3.已中斷DOTS人數 / 率		
				3-1 14天中斷人數 / 率		
				4.未完成DOTS評估人數 / 率		
				5.拒絕DOTS人數 / 率		
				6.使用eDOT人數/率		
				6-1DOTS雲端平台未上傳服藥照片		
				6-2DOTS雲端平台未完成副作用問卷		
		潛伏結核感染	1.衛生所現管LTBI治療人數			
			2.加入DOPT人數 / 執行率			
			2-1 使用速克伏(3HP) DOPT人數 / 率			
			2-2 使用eDOPT人數 / 率			
			3.DOPT之D級人數 / 率			
			3-1 使用速克伏(3HP) D級人數 / 率			
			3-2 使用eDOPT D級人數 / 率			
			3-3DOTS雲端平台未上傳服藥照片			
			3-4DOTS雲端平台未完成副作用問卷			
			分類	查核項目名稱	警示數	處理狀態/說明
			結核病個案管理	1.超過60天未確診數		
		2.初次檢查				
		2-1 未完成初次三套痰檢體 (肺內結核)				
		2-2 <5歲CXR正常個案無肺外結核註記				
		2-3 未完成高危險群分子快速檢測送驗				
		2-4 未完成MDR/RR個案二線藥敏分子檢測送驗				
		3.追蹤複查				
		3-1 陽性逾 30 天無追蹤痰				
		3-2 陽性逾 60 天無追蹤痰				
		4.治療狀態評估				
		4-1 確診個案>14天無用藥紀錄				
		4-2 無開始用藥體重資訊				
		4-3 治療中個案>30天無用藥紀錄				
		4-4 用藥個案加強期末開立HERZ四種處方				
		4-5 用藥個案未持續使用HR處方(不含抗藥個案)				
		4-6 MDR-TB未加入團隊照護數				
		4-7 RR未加入團隊照護數				
		4-8 使用EMB無變色力評估紀錄				
		5.訪視資料完整性				
		5-1 >60天無訪視紀錄				
		5-2 外國人未登錄國籍別				
		5-3 外籍勞工未維護留台治療狀態				
		接觸者管理	1.指標確診逾 30 天仍無接觸者			
			2.指標確診接觸者，逾30天未完成X光檢查者			
			3.指標MTBC培養陽性，未滿5歲接觸者，尚待第1或3個月TST檢查者			
			4.指標塗片陰性且MTBC培養陽性，5至未滿13歲接觸者，逾90天未執行IGRA者			
			5.指標塗片陽性且MTBC培養陽性，全年齡層接觸者，逾90天未執行IGRA者			

辦理結核病防治作業執行狀態檢核表

受核縣市/鄉鎮：

資料下載日： / /

查核日期： / /

潛伏結核感染管理	1.使用9H者，LTBI治療日期距查核日>300天未銷案										
	2.使用3HP者，LTBI治療日期距查核日>120天未銷案										
	3.體重為0/空值										
	4.性別未維護										
	5.LTBI個案管理單位未維護										
	6.應中斷未中斷之接觸者持續接受LTBI治療數										
	7.使用3HP，無DOPT加入日期者										
	8.使用3HP，DOPT執行方式非「DOPT(3HP，每週)」者										
	9.使用3HP，關懷員非「都治專案計畫關懷員」者										
	10.最近一筆就醫日誌距今>30天										
	11.>60天無訪視紀錄										
	12.未滿13歲及大於65歲以上者使用eDOPT										
	13.已接受LTBI治療，衛生機關未完成轉銜數										
	14.主動發現專案，衛生機關未完成轉銜數										
	15.IGRA衛生機關完成採檢比率										
	16.IGRA陽性加入LTBI治療比率										
	實地查訪	分類	查核項目名稱	查核數 TB LTBI	查核情形						
				TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	TB/LTBI	
		查核人數小計		ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	
優先訪查： 1.抗藥 2.治療2個月未陰轉 3.共病 4.<15歲 5.不合作 6.HIV 7.復發 8.3HP 9.e-DOPT 10.遊民/外勞		1.治療處方符合「結核病診治指引」之標準處方									
		2.疑義個案須送病審人數									
		2-1是否已完成諮詢委員會病例討論									
		2-2是否已完成諮詢委員會病例討論之上傳									
		2-3是否已經依諮詢委員建議處理									
		3.藥物收置於都治站的個案(不含ADD/MDR/LTC)									
		3-1藥物妥適收置於都治站									
		3-2由護理人員或藥師備藥									
		3-3專業人員交叉核對									
		4.都治站關懷員人數									
		4-1都治站關懷員平均管理個案數									
		4-2實地抽訪個案了解關懷員執行狀態									
		a.依規劃的訪視路線單執行關懷送藥服務									
		b.給藥前是否再次確認藥物正確性									
		c.親眼目睹病人服藥及吞下無誤									
		d.無特殊狀況下，每週五天親自關懷病人服藥									
		e.依規定頻率執行副作用評估並記錄									
		f.使用3HP者，每週親自關懷病人服藥一次									
		5.關懷員都治日誌登錄正確無誤									
5-1前次親自關懷迄查詢當日天數≤3天											
5-2都治日誌欄位依規定方式維護											
5-3有副作用者，地段訪視日誌有相對應之副作用處置紀錄											
綜合評論與建議											

受核單位核章：

查核單位核章：

_____區管制中心 第____季 輔導轄區結核病防治作業 綜合評論與建議彙整表

縣市		查核月	結核病個案管理	潛伏結核感染管理	接觸者管理	都治計畫執行情形	
輔導承辦人							
小組長							
科長							
簡任技正							
副主任							
主任							

結核病都治關懷員參考指引

壹、指引大綱：

- 一、認識結核病。
- 二、罹患結核病有哪些症狀。
- 三、肺結核是怎麼傳染的。
- 四、為什麼結核病人要規則的服用足夠時間的結核藥物。
- 五、要如何防範結核菌的散播。
- 六、都治關懷員的角色是什麼。
- 七、都治關懷員的工作內容為何。
- 八、如何填寫治療日誌。
- 九、如何觀察用藥。
- 十、病人可能發生哪些副作用。
- 十一、都治關懷員社區訪視時安全守則。
- 十二、這個世界因都治關懷員而改變。
- 十三、重點摘要。

貳、指引內容：

一、認識結核病

- (一) 結核病是由結核菌所引起的傳染病，結核菌可以在身體各處引起疾病，但是最常為人所知的就是肺結核。
- (二) 當一個人罹患肺結核時，因為結核菌的破壞，可能會發生咳嗽、氣喘等症狀。
- (三) 經由正確的治療，肺結核是可以治癒的。如果病人不能接受正確的治療，就可能死於結核病。尤其可怕的是，傳染性肺結核病人還可能經由飛沫傳染給其他健康的人，導致更多的結核病人。

二、罹患結核病有哪些症狀？

結核病的症狀要看細菌侵犯身體哪一個部位，一般的症狀如下：

- (一) 發燒。
- (二) 夜間盜汗。
- (三) 食慾不振或體重減輕。
- (四) 容易疲倦。

當結核菌侵犯肺臟時，主要的症狀是慢性咳嗽（通常超過二週），病人往往痰多，偶爾痰中帶血。由於肺結核的症狀並不特別，容易與其他疾病混淆，因此必須提高警覺，咳嗽有痰超過二週應儘速就醫，接受檢查。

三、肺結核是怎麼傳染的？

結核菌是經由飛沫散佈的傳染病，當罹患傳染性肺結核的病人咳嗽、或噴嚏時，把肺部的細菌包在飛沫裏，散佈在空氣中；此時如果處於密閉的空間、或是空氣流通

不好，就可能使其他健康人吸入飛沫，造成感染。

四、為什麼結核病人要規則的服用足夠時間的結核藥物？

結核病不是不治之症，現在已經有能夠殺死結核菌的結核藥物了，只要病人遵照醫師處方，規則的服用足夠時間的抗結核藥物，就可以把肺結核治好。但是往往病人服用一段時間的結核藥物後，因為症狀的改善就誤以為病已治癒而不再服藥，導致病情延誤，甚至繼續傳染給周遭的人、或者導致死亡。選擇性的服用結核藥物，或治療時間不足，都是非常危險的行為，甚至會造成細菌的抗藥性，而讓所罹患的結核病變成無藥可醫。

並不是每一個結核病人都需要住院治療，只要狀況許可，能按時服藥，絕大多數的結核病人都能以定期回診追蹤、領藥的方式完成治療，而不影響平常的生活作息。

五、要如何防範結核菌的散播？

（一）結核病人只要規則服藥，就可以避免傳染給其他人。

（二）咳嗽、噴嚏時摀住口鼻。

結核病人的親密接觸者，如果發現患有咳嗽等呼吸道症狀時，請儘速就醫，接受檢查。

六、都治關懷員的角色是什麼？

能擔任都治關懷員，是因為獲得病人的信賴，主要工作內容就是確定病人在治療的全程中，規則地依照醫師的處方，服下每一劑結核藥物。在與病人接觸的時候，請務必讓他覺得很自在，這樣他才會一有任何問題，馬上找關懷員請求協助。病人可能非常虛弱、也可能對於他罹患病的事實覺得無法接受、羞於見人；因此關懷員所扮演的角色—確保病人規則服藥，顯得格外的重要。

傾聽病人及其家屬的聲音，適時給予鼓勵，都可以給予他們極大的支持。

對於病人應保持適切關懷的態度，並避免介入醫療及公權力的範疇，觀察個案服藥的後續狀況，如有不舒服或副作用，即時反應於公衛系統並紀錄相關處理情形；對個案強制之相關措施，無論告知或執行應由具有公權力之行政系統執行。

七、都治關懷員的工作內容為何？

都治關懷員的任務非常重要，必須：

（一）與病人協商好每日見面觀察用藥的場地與時間，請不要讓病人等待。

（二）看著病人正確地依照醫師處方的藥物種類、及劑量，確實服下；一定要看著病人吞下藥物。

（三）若採雲端都治，請與病人協商視訊時間，並於網路穩定位置執行視訊目睹服藥。

（四）在病人的治療日誌，如實記錄每次服藥情形。

（五）嚴密注意藥物副作用的產生，並立即通知衛生所管理人員協助處理；如果病人伴有噁心症狀，可安排於飯後服藥。

（六）隨時鼓勵病人持續規則服藥。

- (七) 病人只要發生一次拒絕服藥、或未經觀察服藥，應立即了解問題所在，並協助解決。如果是因為藥物副作用、或病人經說明仍不願繼續服藥時，應立即通知衛生所個案管理人員協助處理。
- (八) 定期與衛生所管理人員見面，使其了解病人治療情形，並檢視病人治療日誌。
- (九) 都治關懷員如需請假，請與衛生所管理人員連繫，由其代為安排後續處理事宜。
- (十) 提醒病人確實依照醫囑定期回診，接受驗痰、胸部X光等追蹤檢查。

八、如何填寫治療日誌？

為了有效殺死結核菌，結核病人必須確實依照醫囑規則服藥。都治關懷員就是來支持病人，協助病人正確地服下每一劑結核藥物。治療日誌的設計可以提醒關懷員逐日正確地協助病人服藥，當關懷員看著病人吞下藥物後，應當場在治療日誌打勾。衛生所管理人員可定期經由治療日誌的紀錄，了解病人的治療情形。

九、如何觀察用藥？

每日與病人見面時，應：

- (一) 拿出病人治療日誌。
- (二) 準備一杯水（病人如果空腹服藥會導致胃部不適，藥物可和牛奶、粥、食物一塊進用）。
- (三) 拿出所有藥物，根據醫師處方（可經由藥袋、或治療日誌上之記載得知），挑出正確的藥物種類及數量。
- (四) 把藥放在病人手上，一次吞服。如果病人不太會吞藥，可逐一服藥；每次吞嚥可請病人稍喘一口氣，一直到所有藥物服畢為止。
- (五) 在治療日誌上適當處打勾。

十、病人可能發生哪些副作用？

請告知病人，服用結核藥物，身體是會有些反應。但是關懷員會協助病人區分這些反應的重要性，並協助解決。

可能的身體反應	關懷員的反應
不具傷害性的反應 - 噁心、胃部不適、腹脹、食慾不振。 - 尿液變成橘紅色。 - 關節酸疼。 - 手腳麻木。	繼續藥物治療 - 改飯後服藥、或藥物與食物一齊服用；如仍未改善，通知衛生所管理人員。 - 藥物吸收的正常反應，請病人安心。 - 通知衛生所管理人員。 - 通知衛生所管理人員。

可能的身體反應	關懷員的反應
具傷害性的反應 1. 皮疹、皮膚發癢。 2. 皮膚 / 眼白變黃。 3. 重覆性嘔吐。 4. 聽力受損、暈眩。 5. 視力模糊。	立即停藥，通知公衛管理人員協助轉介醫師處理。

十一、都治關懷員社區訪視時安全守則：

- （一）穿著舒適適合的服裝，不要穿戴金光閃閃的珠寶及高跟鞋。
- （二）不要攜帶大筆金錢，所攜帶的錢儘量放在貼身小皮夾，不要放在手提包內。
- （三）與個案協調觀察地點時，儘量選在光亮安全並能保障個案隱私的地點。

十二、這個世界因都治關懷員而改變

關懷員確定結核病人規則而正確地服用藥物，因而治癒結核病。經由傾聽、以及各種鼓勵方式，促使我們的結核病人接受正確的治療，因而避免了結核菌在社區的蔓延，保障所有居民的健康。

十三、重點摘要

- （一）結核病是一種傳染病，它是由結核菌所引起的。當它侵犯到人體肺部，導致肺結核時，就有可能傳染給其他人。
- （二）罹患結核病的病人有許多不同的症狀，而肺結核病人的主要症是慢性咳嗽。久咳不癒超過 2 個星期，就應儘速就醫，接受檢查。
- （三）傳染性肺結核病人在咳嗽、噴嚏的時候，產生帶有結核菌的飛沫，由健康人吸入導致感染。
- （四）結核病人必須依照醫囑、規則服藥足夠時間，才能把病治癒。如果斷續服藥，極可能變成抗藥性，而無藥可醫。
- （五）傳染性肺結核病人可依下列方法避免傳染
 - 1. 規則服藥治療。
 - 2. 咳嗽、噴嚏掩住口鼻。
- （六）都治關懷員的主要任務就是確保結核病人能夠全程依照醫囑、規則服藥；關懷員也需要與病人溝通，經由傾聽、勸慰，鼓勵病人持續規則治療。
- （七）身為都治關懷員，必須依下列原則持續給予病人支持
 - 1. 觀察病人服用正確的藥物。
 - 2. 病人服藥完畢，在治療日誌上打勾。
 - 3. 鼓勵病人持續規則治療。
 - 4. 提醒病人依照醫囑，定期迴診追蹤複查。

5.病人服藥發生問題，儘速通知衛生所管理人員，協助解決。

(八) 每次觀察用藥完畢，都在治療日誌上打勾。

(九) 必須每次目視病人吞下藥物。

(十) 應告知病人服用結核藥物身體可能發生一些反應，一旦發生任何反應，必須立即通知關懷員，由關懷員協助作一步處理。

(十一) 都治關懷員幫助病人恢復健康，也幫助家人、及整個社區避免結核病的威脅。

十四、有關潛伏結核感染之說明，請參閱第十一章「潛伏結核感染之診斷及治療」。

都治關懷員健康管理流程

- 一、關懷員進用後1個月內，應即辦理潛伏結核感染(LTBI)檢驗及胸部X光檢查，建立基本資料（都治關懷員健康管理卡如附件）以排除結核病可能性。
- 二、工作之後每年需定期至少應做一次胸部X光檢查及職前潛伏結核感染(LTBI)檢驗陰性者進行潛伏結核感染(LTBI)檢驗，一旦發現疑似結核病，其相關通報及管理內容請參考結核病防治工作手冊第2、3章
- 三、關懷員之潛伏結核感染(LTBI)檢驗陽轉未LTBI治療者，應每半年胸部X光檢查，並加強咳嗽監測，讓其瞭解，將來有發病的風險及早期症狀自我認知，如出現疑似異常症狀，仍須隨時進行胸部X光檢查。
- 四、針對潛伏結核感染(LTBI)檢驗陽轉之關懷員，因需關懷送藥而常暴露於結核病傳染之環境中，若經評估後接受潛伏結核感染治療，務必了解往後關懷送藥，前往傳染性結核病人所在之密閉空間，應注意自身防護配戴N95口罩，打開窗戶保持室內空氣流通，並處於上風處等保護自己的正確動作。
- 五、都治關懷員加入潛伏結核感染治療，可發給LTBI就診手冊，惟務必到點由都治站護理長或衛生所主辦人或指定護理人員執行DOPT，其相關管理內容，請參考結核病防治工作手冊第11章。
- 六、都治關懷員執行訪視送藥工作時之防護措施，應納入關懷員職前及在職訓練課程。請指導關懷員若前往傳染性結核病人所在之密閉空間，應請病人配戴外科口罩或自行配戴N95口罩，並建議關懷員打開窗戶保持室內空氣流通。

都治關懷員健康管理卡(範本)

編號	1	2	3	4	5
基本資料					
姓名					
性別					
身分證號					
生日					
到職日					
疾病史					
現罹患肺結核					
糖尿病					
HIV					
惡性腫瘤					
免疫不全					
其他					
職前檢查					
潛伏結核感染 (LTBI)檢驗擇一	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
胸部 X 光檢查					
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
在職檢查					
第一次					
潛伏結核感染 (LTBI)檢驗擇一	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST

編號	1	2	3	4	5
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
胸部 X 光檢查					
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
第二次					
潛伏結核感染 (LTBI)檢驗擇一	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST	☐ IGRA ☐ TST
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
胸部 X 光檢查					
檢查日期					
檢查單位					
檢查結果					
潛伏結核感染治療					
治療日期					
診療醫師					
診療醫院					
停藥日					
銷案日					
銷案原因					
中斷治療原因					
中斷治療其他 原因說明					

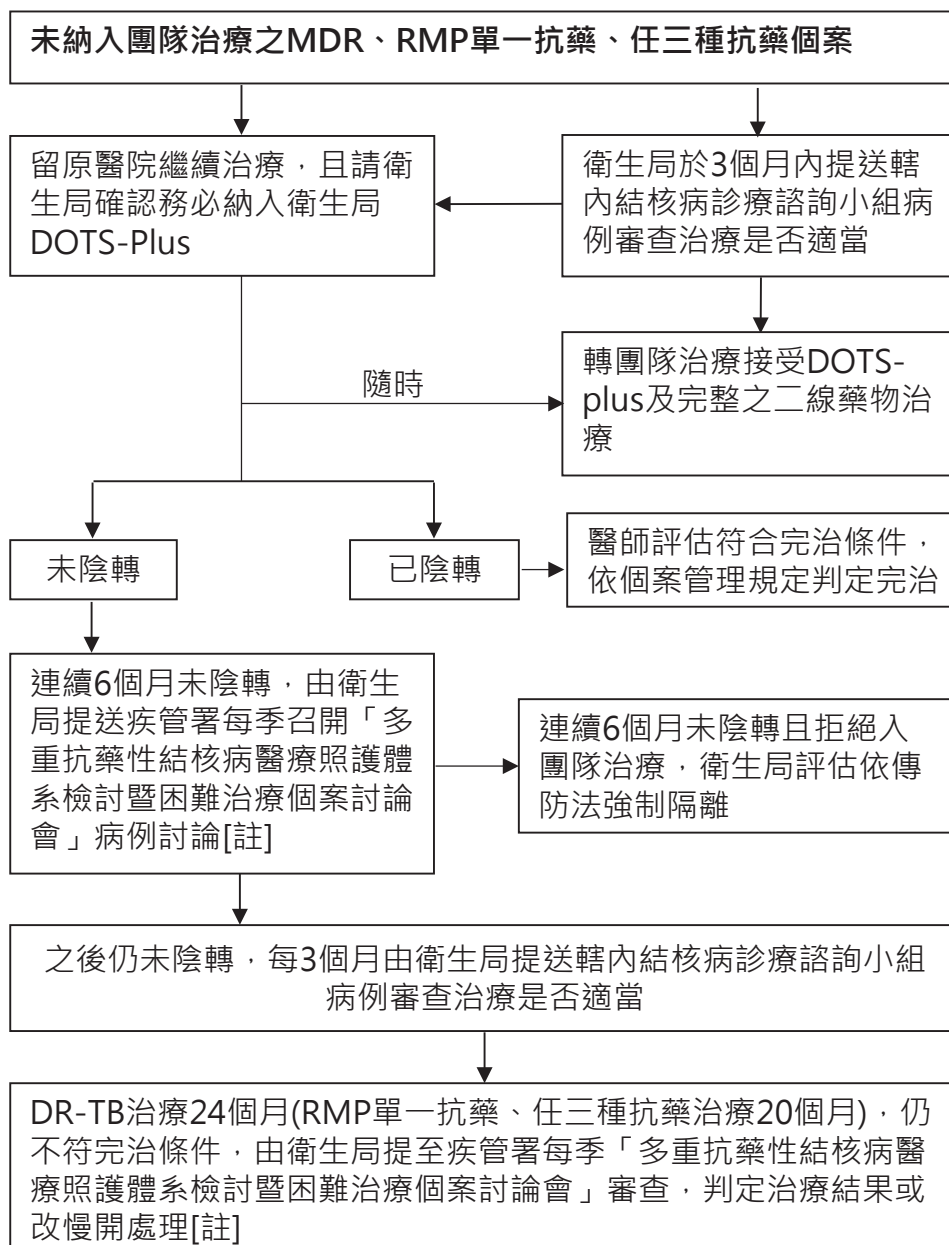
多重抗藥性結核病醫療照護體系

區域	團隊名稱	合作醫院
臺北區	萬芳醫院團隊	臺北市立萬芳醫院 馬偕醫院 衛生福利部臺北醫院 臺北市立聯合醫院和平院區 衛生福利部雙和醫院
北區	衛生福利部 桃園醫院團隊	衛生福利部桃園醫院及新屋分院 國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院 國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院
中區	衛生福利部 彰化醫院團隊	衛生福利部彰化醫院 衛生福利部臺中醫院 衛生福利部豐原醫院 衛生福利部南投醫院 彰化基督教醫院 臺中榮民總醫院 中山醫學大學附設醫院 中國醫藥大學附設醫院
南區 高高屏區	衛生福利部 胸腔病院團隊	衛生福利部胸腔病院 成大醫院 衛生福利部臺南醫院 嘉義灣橋榮民醫院 衛生福利部旗山醫院 衛生福利部屏東醫院 衛生福利部嘉義醫院 高雄市立民生醫院 高雄榮民總醫院
東區	防癆協會團隊	花蓮慈濟醫學中心 門諾醫院 台東馬偕醫院 衛生福利部花蓮醫院 衛生福利部臺東醫院 臺北榮民總醫院鳳林分院 玉里慈濟醫院 關山慈濟醫院

06

抗藥性結核病照護與管理（附錄）

未納入「多重抗藥性結核病醫療照護體系」收案之個案管理流程



註：

- 1.地方衛生局/所提送討論會之病審資料，應由疾管署各區管制中心協助彙整後一併送疾管署。
- 2.疾管署將於每季召開討論會議前2週，提出應病審之未納入團隊個案名單，由疾管署各區管制中心提送資料進行討論。

縣（市）衛生局抗藥性結核病個案治療通知書

受文者（病患姓名）：_____

身分證字號/護照號碼：_____

您經醫師診斷為抗藥性結核病，該疾病之診治須長期規則治療，並配合多項檢查，如未經適當診治，可能導致治療失敗，造成廣泛性多重抗藥性結核菌傳染及本身生命財產的損失。

為協助您早日恢復健康，保護您與您親友及大眾健康，請加入多重抗藥性結核病醫療照護體系，由_____醫療照護團隊施行臨床醫療，並聘請關懷員以直接監督方式，協助您完成藥物治療及追蹤。於直接監督過程中，關懷員將代為保管您的藥物，並與您聯繫，選擇您最適當之時間，由其負責藥物發放、觀察服用，以隨時掌握治療成效。如果您有生活或醫療尚需要協助，關懷員亦將代您轉達給公共衛生機關及醫療照護體系，幫助您完成這項治療。

依據傳染病防治法第 44 條規定，傳染病病人須配合檢查並接受治療，必要時可以強制或移送指定隔離治療機構施行隔離治療。為了您與家人的健康，請配合治療。

簽收人 _____ 簽名

簽收日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

「MDR-TB 結核病醫療照護體系」轉介單

06

抗藥性結核病照護與管理（附錄）

由衛生局 / 所填寫

填報單位		個案姓名	
轉入醫院		個案身分證字號	
轉出醫院		個案聯絡電話	
個案地址			
檢驗結果	抹片： ☐ 陽性 ☐ 陰性 培養： ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 已驗未出 抗藥檢驗方式： ☐ 分子檢測 ☐ 傳統藥敏 抗藥結果： ☐ INH ☐ RMP ☐ 其他		
報告實驗室		檢驗報告日期	
個案簽名		衛生局(所)承辦人 簽章	
說明	建議轉入「MDR 結核病醫療照護體系」接受治療。		

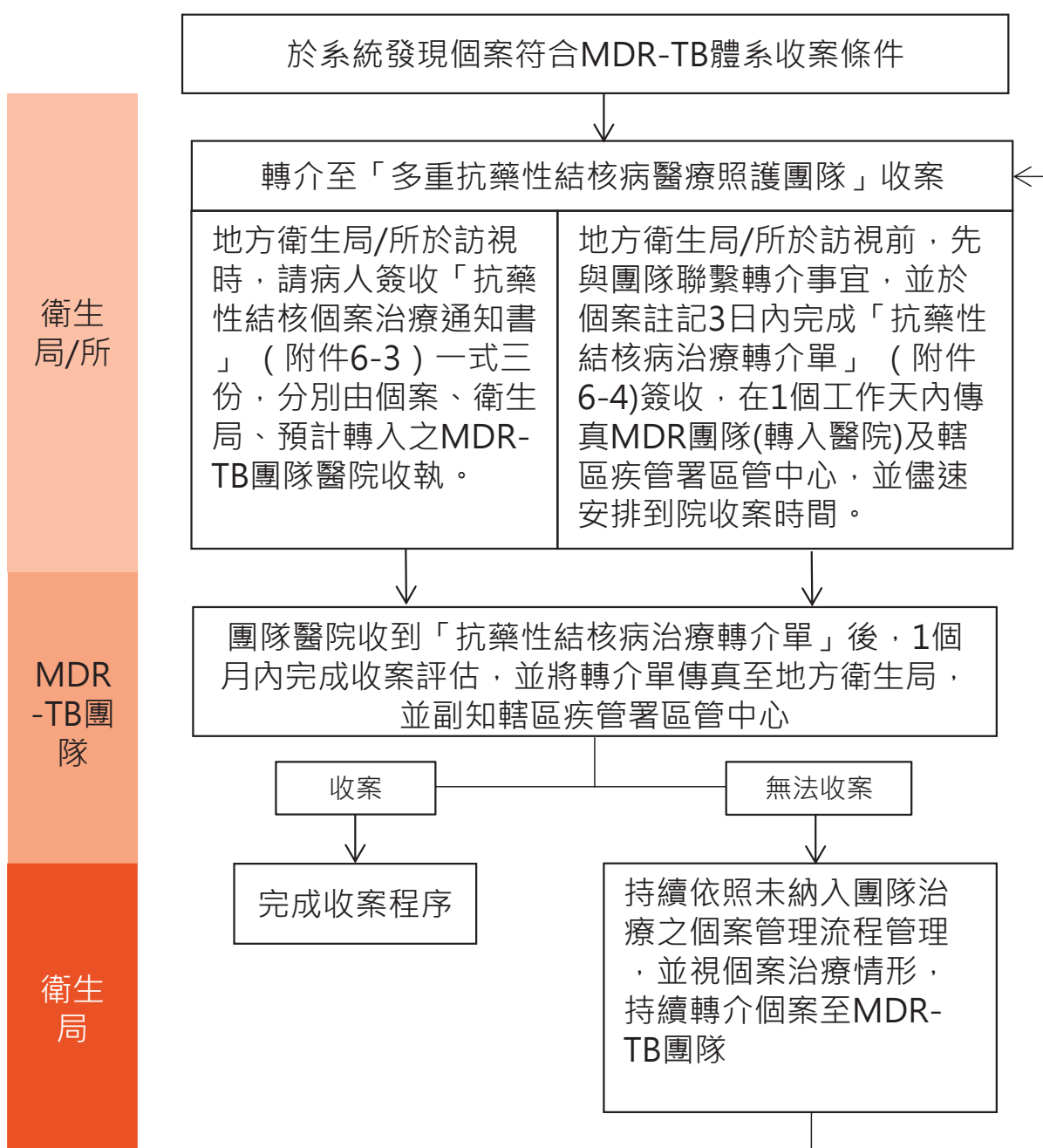
通知團隊醫院日期： 年 月 日

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

由團隊醫院填寫

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

轉介「多重抗藥性結核病醫療照護體系」收案流程



註 1：如當區「多重抗藥性結核病醫療照護團隊」無法收治，必要時由該醫療團隊負責聯繫其他區醫療團隊協助收治。並由疾管署各區管制中心協助跨區衛生局間之聯繫工作。

註 2：若個案本即在 MDR-TB 團隊治療，則團隊可與衛生局協商模式，俾利個案快速進入團隊，加速收案時效。

收案醫院(團隊)：

個案姓名：

個案 ID :

異常情形通報：(請以文字敘述)

主治醫師： 團隊負責人：

中 華 民 國 年 月 日

備註：個案如有不合作、拒絕 DOTS-Plus 等情形，請收治醫院填妥本單，通知衛生局及轄區疾管署管制中心。

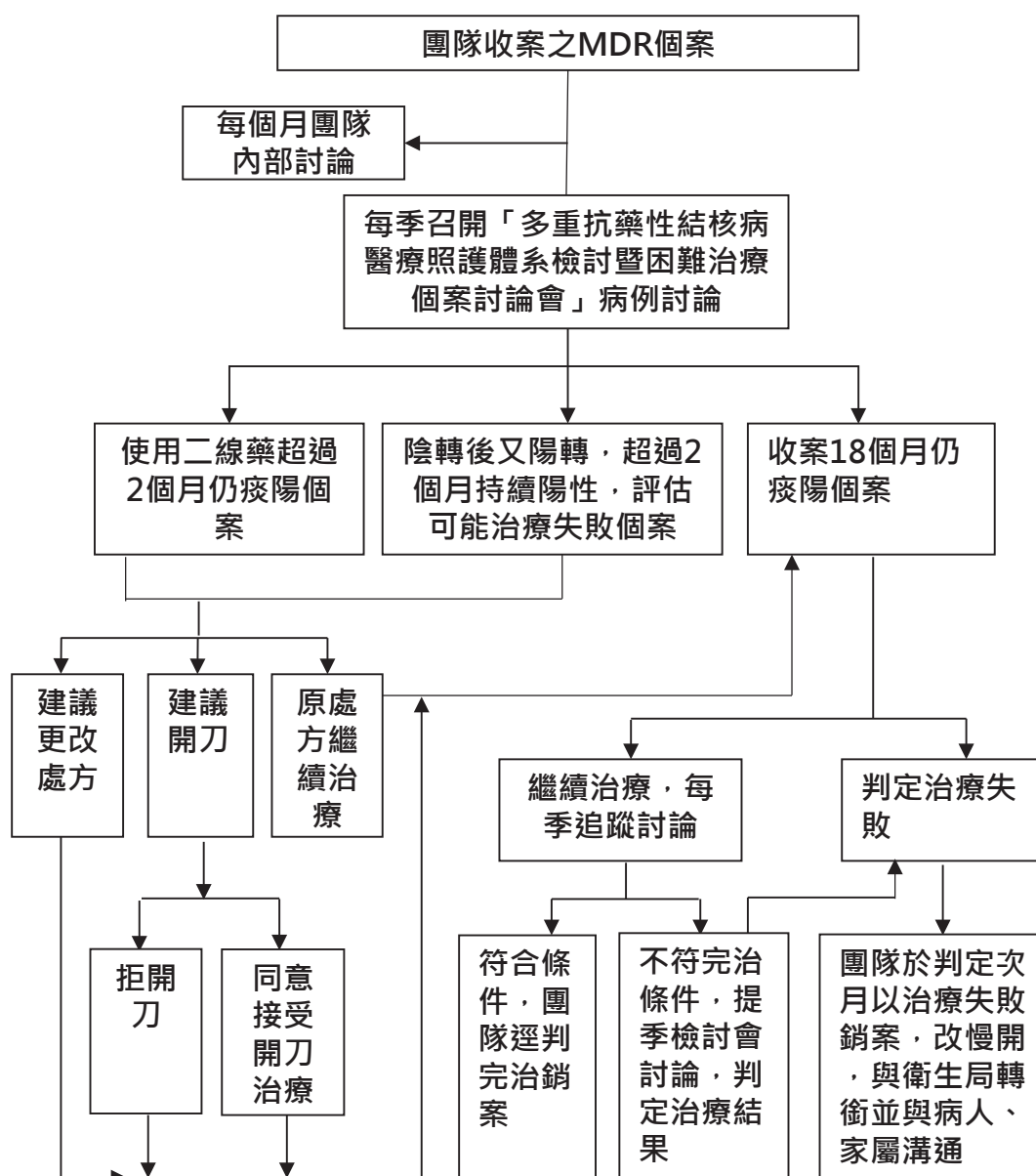
回 條

本局已接獲 MDR 醫療照護團隊通知個案異常情形通報單。

衛生局(區管中心)承辦人：

中華民國 年 月 日

團隊收案 MDR 個案管理流程



備註：

1. 凡符合完治、治癒標準之個案，由團隊自行判定結果。
2. 凡欲判定治療失敗之個案均需透過檢討會討論，始能判定結果。
3. 經檢討會判定治療失敗者，團隊需於次月底辦理銷案，由疾管署慢性組更改「結核病追蹤管理系統」註記慢開。

「MDR 結核病醫療照護體系」慢性傳染性肺結核病個案評估單

個案姓名： 出生年月日： 年 月 日

管理單位：

目前就醫醫院：

抗藥情形：

評估結果：(如評估結果不建議納入團隊收案，請敘明理由)

評估人：_____ 團隊主持人：_____

評估日期： 年 月 日

衛生福利部結核病防治費用補助要點

105年9月5日部授疾字第1050300815號
自一百零五年十月一日生效

一、衛生福利部（以下簡稱本部）為執行傳染病防治法第四十四條及第四十八條規定，加強結核病個案之治療品質、減少就醫障礙及抗藥性結核病菌之散播，以提高治療成功率；並降低受結核病菌感染者之發病率及阻斷疫情傳播，特訂定衛生福利部結核病防治費用補助要點（以下簡稱本要點）。

二、本要點補助對象：

- （一）在國內就醫診療結核病之病患。
- （二）接觸者。
- （三）潛伏結核感染者。
- （四）慢性傳染性肺結核病患。

前項所稱慢性傳染性肺結核病患係指在直接觀察治療（以下簡稱都治）下接受完整之二線藥物治療後，經檢驗結果仍為痰細菌學陽性，且無法選用足夠有效藥物治療，並經本部疾病管制署（以下簡稱疾管署）會議認定難以治癒，且有長期隔離療養之必要者。

三、本要點之醫療照護服務，由下列之指定醫療院所提供：

- （一）一般指定醫療院所：中央健康保險署（以下簡稱健保署）之特約醫療院所（含衛生所及慢性病防治所）。
- （二）專案指定醫院：
 - 1.經本部公告之慢性傳染性肺結核病患住院治療補助指定醫院。
 - 2.經疾管署公開評選合作辦理之多重抗藥性結核病醫療照護體系（以下簡稱照護體系）之醫事機構或法人組織。

四、補助給付應符合之條件：

- （一）醫療費用：疾管署中央傳染病追蹤管理系統內登記列管之名單，且於疾管署當年度公告之指定醫療院所就醫之本要點適用對象。
- （二）住院營養暨生活費：
 - 1.本國國民。
 - 2.於指定醫院住院之慢性傳染性肺結核病患，且遵從醫囑接受治療者。
- （三）都治費用：疾管署中央傳染病追蹤管理系統登記列管實施都治之本要點適用對象。

(四) 多重抗藥性結核病醫療照護專案費：

1. 疾管署中央傳染病追蹤管理系統登記列管之個案。
2. 藥物敏感性試驗顯示符合下列任一條件：同時對 INH 及 RMP 抗藥或對 RMP 抗藥或對任三種抗結核藥物抗藥。
3. 接受指定醫院醫療照護者。

五、補助範圍：

- (一) 醫療費用：由疾管署和健保署每年協商因結核病診療之醫療補助項目和費用（含部分負擔及隔離治療期間膳食費）。
- (二) 住院營養暨生活費：補助住院期間每日新臺幣六百元（不包含出院當日費用）。
- (三) 都治費用：執行都治所需之費用（含人事費、交通、公衛驗痰、注射費及個案營養費等），由疾管署制訂。
- (四) 多重抗藥性結核病醫療照護專案費：每案最高新臺幣一百六十萬元。

六、補助費用申請程序：

- (一) 醫療費用（除抗結核二線藥物外）委由健保署辦理，其申報流程比照全民健康保險相關規定辦理；抗結核二線藥物之供應則由醫療院所檢具結核病個案需使用之抗結核二線藥治療相關資料，向疾管署申請，經審查後供給。
- (二) 住院營養暨生活費委由指定醫院辦理，指定醫院應於每月五日前，檢具前一月之住院營養暨生活費印領清冊（附件8-1A）及病歷摘要等向疾管署申請核撥。
- (三) 都治費用：由縣（市）政府衛生局提報年度執行計畫，經疾管署審核後，核定補助經費額度並分期預撥費用。
- (四) 多重抗藥性結核病醫療照護專案費：照護體系按月檢送個案收案資料及證據，向疾管署申請經費核撥。

七、經費來源：由疾管署編列經費支付。

醫院

慢性傳染性肺結核病個案住院營養暨生活費印領清冊

105.10.01 版

順序號	身分證字號	姓名	登審	記日	判定	為期	住起迄	院期	住院日數	營養暨生活費每人 日 600 元×住院日數	合計	簽章	備註
合計新臺幣 萬 仟 佰 元 整													

院長

主計

單位主管

製表人

年

月

日

備註：

- 1.慢性傳染性肺結核個案須遵從醫囑配合治療始可申請本項經費補助。
- 2.本表每月五日前送衛生福利部疾病管制署慢性傳染病組（地址：100 台北市林森南路六號）審核，請影印一份自存。
- 3.空白表格請自行影印使用。

慢性傳染性肺結核病患強制住院給付項目

類別	醫令代碼	項目名稱	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
診 察 費	02014K	隔離病床住院診察費（天）	V	V	V	415
	02015A					388
	02016B					342
	02006K	一般病床住院診察費（天）	V	V	V	393
	02007A					371
	02008B					334
病 房 費	03051B	負壓隔離病床--病房費	V	V	V	1989
	03052B	負壓隔離病床--護理費	V	V	V	1989
	03001K	急性一般病床--病房費（床/天）	V	V	V	598
	03002A					532
	03004B					509
	03026K	急性一般病床--護理費（床/天）	V	V	V	730
	03027A					644
	03029B					585
檢 查 費	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查） Chest view（including each view of chest film）	V	V	V	200
	32002C	註： 連續拍照第二張以上者，第一張 200 點，第二張以後一律八折支付，點數為 160 點。	V	V	V	160
	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查 註： 1.適應症： （1）懷疑分枝桿菌感染。 （2）分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： （1）需在負壓實驗室操作。 （2）需附抗酸菌濃縮抹片染色檢查報告 （3）不得與13006C同時申報。 （4）限疾管署認可結核病檢驗機構執行	V	V	V	74

類別	醫令代碼	項目名稱	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	13026C	抗酸菌培養（限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統） 註： 1.適應症： （1）懷疑分枝桿菌感染。 （2）分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： （1）需在負壓實驗室操作，且具自動化偵測之液態培養基系統。 （2）需附抗酸菌培養報告。 （3）不得與13012C同時申報。 （4）限疾管署認可之結核病檢驗機構執行。	V	V	V	304
	13013C	抗酸菌鑑定檢查	V	V	V	200
藥品費		INH（含所有健保署核准支付之INH）	V	V	V	

備註：

- 1.胸腔檢查每名病患於每家醫院365日內僅可申報一次。
- 2.抗酸性濃縮抹片染色檢查、抗酸菌培養及抗酸菌鑑定檢查每名病患於每家醫院30日內僅可申報一次。

慢性傳染性肺結核病患指定醫院

編號	醫院所在縣市	醫院名稱	醫院代號
1	桃園縣	衛生福利部桃園醫院新屋分院	0132110519
2	新竹縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院	0433030016
3	臺中市	臺中榮民總醫院	0617060018
4	臺中市	衛生福利部臺中醫院	0117030010
5	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	0137170515
6	嘉義市	衛生福利部嘉義醫院	0122020517
7	嘉義縣	臺中榮民總醫院灣橋分院	0640140012
8	臺南市	衛生福利部胸腔病院	0141270019
9	高雄市	高雄市立民生醫院	0102080017
10	高雄市	衛生福利部旗山醫院	0142030019
11	屏東縣	衛生福利部屏東醫院	0143010011
12	花蓮縣	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	1145010010
13	花蓮縣	衛生福利部花蓮醫院	0145010019
14	花蓮縣	臺北榮民總醫院鳳林分院	0645020015
15	臺東縣	衛生福利部臺東醫院	0146010013

備註：

本附表最新及完整資訊，可至疾管署全球資訊網（專業版首頁>傳染病介紹>結核病>防疫措施>工作指引及教材>衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範）下載。

無健保接觸者檢查給付項目

醫令代碼	項目名稱
12106C	結核菌素測驗
57112C	兒童結核菌素測驗
32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查） Chest view（including each view of chest film）
32002C	註：連續拍照第二張以上者，第一張 200 點，第二張以後一律八折支付，點數為 160 點。
E4003C	結核病接觸者檢查衛教諮詢及抽血
E4004C	丙型干擾素釋放試驗（IGRA，不含試劑費）

備註：

1. 另門診診察費等相關申報作業依健保規定申報，由疾管署支付。
2. 其餘不給付項目費用應由病患自費。
3. 醫令代碼 E4003C 及 E4004C 自 105 年 3 月 1 日起適用。

無健保潛伏結核感染治療（含副作用）給付項目

分類	醫令代碼	項目名稱
檢驗	12106C	結核菌素測驗
	57112C	兒童結核菌素測驗
	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶 S-GOT (Glutamic-oxalacetic-transaminase)
	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 S-GPT (Glutamic-pyruvic-transaminase)
	32001C	胸腔檢查（包括各種角度部位之胸腔檢查） Chest view（including each view of chest film）
	32002C	註：連續拍照第二張以上者，第一張 200 點，第二張以後一律八折支付，點數為 160 點。
	27033C / 14032C (擇一)	B 型肝炎表面抗原放射免疫分析 (HBsAg) / B 型肝炎表面抗原 HBsAg - EIA/LIA (擇一)
	27034B / 14033C (擇一)	B 型肝炎表面抗體放射免疫分析 (Anti-HBs) / B 型肝炎表面抗體 Anti HBs (擇一)
	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查 (ANTI-HC (EIA) Ab)
	06006C	膽紅素檢查 (Bilirubin)
	09029C	膽紅素檢總量 (Bilirubin Total)
	09030C	直接膽紅素 (Bilirubin Direct)
	14049C	人類免疫缺乏病毒抗原抗體複合型篩檢試驗 (HIV ELISA/Combo Ag+Ab)
治療	E4005C	潛伏結核感染治療衛教諮詢
藥品		INH (含所有健保署核准支付之 INH)

備註：

1. 門診診察費、藥事服務費等相關申報作業依健保規定申報，由疾管署支付。
2. 其餘不給付項目費用應由病患自費。
3. 如因潛伏結核感染治療引起之副作用，其相關醫療費用於次月 5 日前檢附無健保身分證明單、當次就醫之病歷影本、門住診醫療費用明細表（其正本需黏貼於支出憑證黏存單上，並依醫療單位內部審核流程先行核章。）、領據（敘明撥款銀行名稱、通匯金融代號、帳戶名稱及帳號），以書面方式向疾管署申報。
4. 「潛伏結核感染治療衛教諮詢」每名個案於每家醫院 365 日內僅可申報一次。
5. 醫令代碼 E4005C 自 105 年 3 月 1 日起適用。

結核病診療諮詢小組病例審查建議暨診療醫師回覆單

個案姓名：_____ 身分字號：_____ 貴院病歷號：_____

於____年____月____日經_____縣（市）結核病診療諮詢委員審查相關病歷資料後，提供貴院診療建議如下，請參酌，並填寫貴院之回覆意見，傳真至_____縣（市）衛生局（FAX：0____--_____）

送審原因/補充說明	審查結果
☐ 1. 診斷疑義 ☐ 2. 治療疑義 ☐ 3. 個案完治疑義 ☐ 4. 重開案 ☐ 5. 申請免費藥 ☐ 6. 隔離治療 ☐ 7. 其他原因 說明：_____ _____	☐ 1. 排除結核病 ☐ 2. 確定結核病 ☐ 3. 等痰報告或其他檢查下次再審 ☐ 4. 確定因TB死亡 ☐ 5. 確定非因TB死亡 ☐ 6. MDR初次治療 ☐ 7. 失敗再治 ☐ 8. 繼續治療 ☐ 9. 認定病情需延長住院 ☐ 10. 不同意免費藥申請 ☐ 11. 同意免費藥申請 ☐ 12. 同意隔離治療 ☐ 13. 解除隔離治療 ☐ 14. 用藥種類增修 ☐ 15. 用藥劑量增修 ☐ 16. 可停止抗結核治療 ☐ 17. 同意開案 ☐ 18. 不同意開案 ☐ 19. 其他_____

委員審查意見：

審查委員簽名：_____

聯絡人：_____ 電話：_____

原診療醫師回覆意見：

☐ 同意上開諮詢委員意見，並據以診治病患。

☐ 不同意上開諮詢委員意見，不同意之理由請詳述填寫：

原診治醫師簽名：_____年____月____日 聯絡電話：_____

結核病診療諮詢小組困難個案面訪回覆單

縣市：

訪視日期：

個案姓名：

身分證號：

出生日：

面訪原因：

☐1.無病識感 ☐2.副作用 ☐3.服藥順從性不佳 ☐4.其他_____

詳述個案情形：（請衛生所填寫）

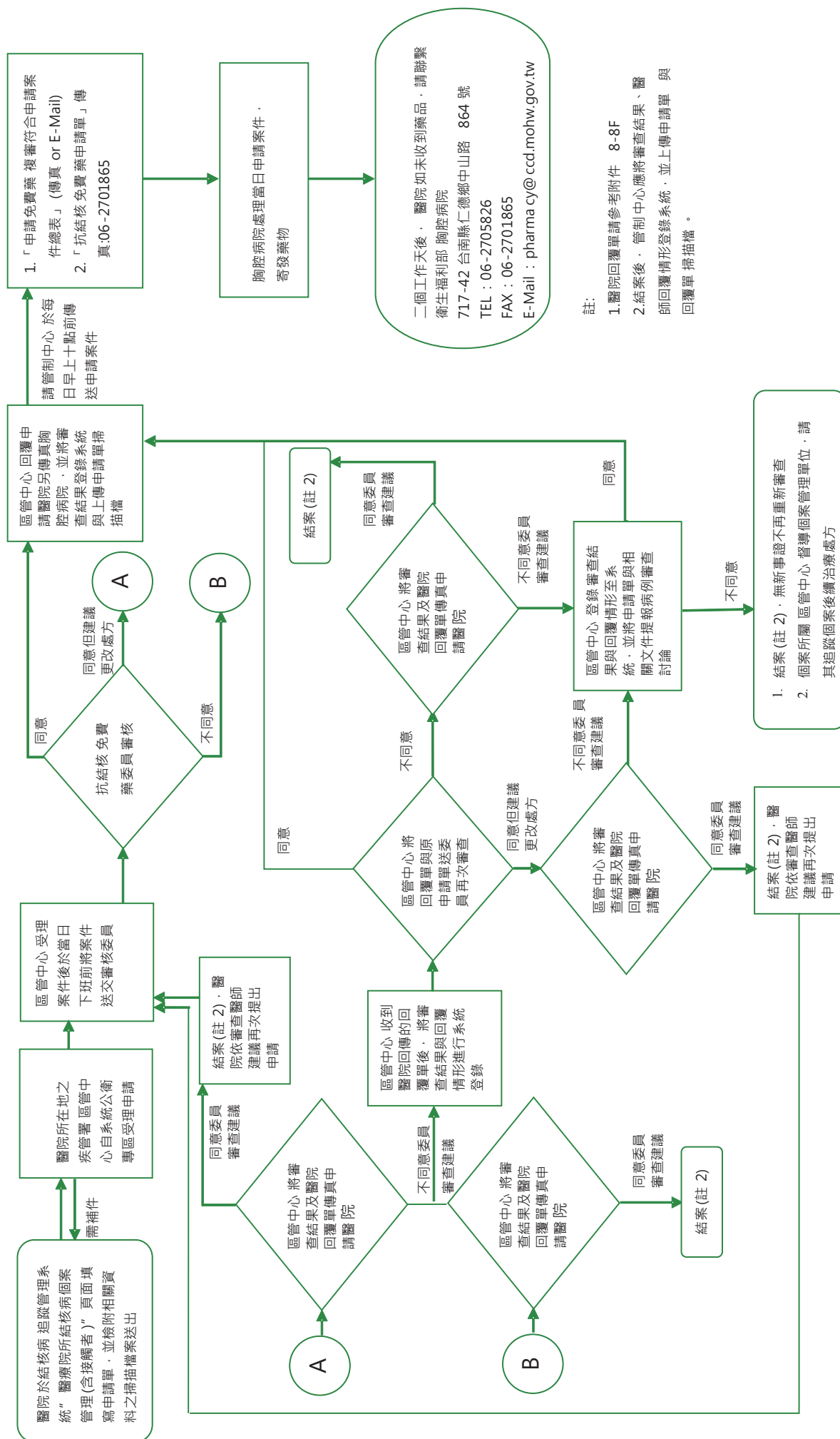
08

防治資源
（附錄）

委員訪視情形及建議：（請委員填寫）

委員簽名：

77



衛生福利部疾病管制署抗結核免費藥申請單

請印雙面(正面)

申請醫院： 申請醫師簽章： 醫院聯絡人：
 聯絡電話： 傳真： 醫院地址：
 申請日期： 開始使用免費藥日期： (加入DOTS 有☐ 無☐)
 個案姓名： 出生年月日： 身分證：
 體重：_____kg (健保有☐ 無☐) 個案管理單位：

藥品名稱	單位	單次服用劑量 (單位數)	用法	天數	總量
Prothionamide (TBN) 250mg	錠				
Levofloxacin 750mg/500mg/100mg (請圈選)	錠				
Moxifloxacin 400mg	錠				
Cycloserine 250mg	膠囊				
Streptomycin 1gm (SM)	瓶				
Amikacin 250mg	瓶				
RHZ 75/50/150 mg (愛兒肺平-3)	錠				
RH 75/50 mg (兒立服-2)	錠				

申請免費藥理由：

- ☐ 多重抗藥性 (Isoniazid+Rifampin) ☐ 非多重抗藥性但有其他抗藥
☐ 藥物副作用：☐ 1皮膚過敏 ☐ 2肝功能不佳 ☐ 3其他_____
☐ 施打卡介苗產生不良反應
☐ 其他_____

※RHZ及RH為一線用藥，免病歷審查，請檢附本申請單及病人同意書(監護人代)即可一次申請足量，故無須填寫此欄；但若病人中斷使用藥品，請將剩餘之RHZ/RH退還衛生福利部胸腔病院。

1. 本次申請免費藥為

- ☐ 初次申請免費藥 (以30天為上限)
☐ 再次申請免費藥 (第____次申請)
☐ 情況已穩定，欲申請藥量共_____天 (以60天為上限)，請至少每個月為病人看診一次。
☐ 經審查醫師建議後再次提出申請：☐ 是 ☐ 否

2. 自主檢核是否依照申請方式檢附所需申請文件(請確實勾選並核對)：

- ☐ 初次申請：☐ 詳附醫院病歷摘要(內容須註明☐ 個案用藥史☐ 驗痰結果☐ 藥物感受性試驗結果(註明檢查醫院☐ 有無其他病史☐ 生化檢驗☐ CXR)
☐ 再次申請(由同一醫師審核)：☐ 詳述個案服藥情形☐ 生化檢驗☐ 治療後驗痰結果
☐ 每月檢附治療卡

審核建議：

- ☐ 同意，依原申請資料給藥。
☐ 同意申請，但請再增加或修正藥物種類、劑量或治療時間如下：
☐ 不同意給藥，詳細說明：

_____ 管制中心傳真： 聯絡電話

免費藥建議劑量及用法

藥品	每日劑量（最大劑量）	劑量 （50公斤以下）	劑量 （50公斤以上）	每月用量	包裝
TBN 250mg	15-20 mg/kg（1 gm）	1#（bid）	1#（tid）	60-90#	1000#/瓶
Levofloxacin 500mg	7.5-10mg/Kg （500~1000 mg）	1#（qd）	1.5#（qd） 500-1000	30-45#	100#/盒
Moxifloxacin 400mg	400mg	1#（qd）	1#（qd）	30#	5#/盒
SM 1gm（im）	15-20 mg/kg（1 gm）				10瓶/盒
Cycloserine 250mg	10-15 mg/kg（1 gm）	1#（bid）或 1#（tid）	1#（bid）或 1#（tid）	60-90#	500#/瓶
Amikacin 250gm	15-20 mg/kg（1 gm）				25瓶/盒

註一：Streptomycin（SM）用5cc空針抽3.4cc water打進vial搖勻 抽3cc=0.75gm 抽2cc=0.5gm

註二：本免費藥僅供應MDR-TB醫療照護體系及加入都治計畫病患使用。

兒童複方可溶錠RHZ及RH建議劑量及用法

藥品	劑量（kg）				
	4-7	8-11	12-15	16-24	25+
RHZ 75/50/150mg	1#（tab）	2#（tab）	3#（tab）	4#（tab）	請參考成人劑量開立處方
RH 75/50mg					

使用注意事項：

- 藥品尚未取得我國藥證，故不符合申請藥害救濟的範圍，請各醫療院所在使用時，加強病人不良反應監測及通報；若經發現，請立即通知全國藥物不良反應通報中心，以保障病人權益。
- 為確保病人監護人知情同意之權利，藥品在使用前應先向其清楚說明與告知，並取得病人同意書；惟若情況緊急，亦應註於病歷，以供查考。

皮疹反應的處理方法

日期（天）	藥物	劑量
a		
0	-	-
1	INH	50mg/day
2	INH	100mg/day
3	INH	300mg/day
4	+RMP	150mg/day
5	+RMP	300mg/day
6	+RMP	full dose
7	+EMB	200mg/day
8	+EMB	400mg/day
9	+EMB	full dose
10	+PZA	250mg/day
11	+PZA	500mg/day
EMB。		
12	+PZA	full dose

藥物性肝炎小量漸進式給藥試驗流程

日期（天）	藥物	劑量	肝功能檢測
0	-	-	+
1	INH	100mg/day	
2	INH	200mg/day	
3~5	INH	full dose	+
6	+RMP	150mg/day	
7	+RMP	300mg/day	
8-10	+RMP	full dose	+
11	+PZA	250mg/day	
12	+PZA	500mg/day	
13	+PZA	full dose	+

a: 包含 ALT,AST,以及 total bilirubin。

逐一加藥的過程中，可以同時使用足夠劑量的

若病人之藥物性肝炎嚴重或合併有黃疸，在成功地重新使用上 INH 及 RMP 之後，不建議嘗試加入 PZA。

病歷摘要（範本）

一、基本資料

個案姓名：

總編號：

通報院所：

通報日期：

診斷醫師：

二、疾病史

☐ 糖尿病 ☐ 心臟病 ☐ HIV陽性 ☐ 肝功能異常_____ ☐ 腎功能異常_____

☐ 塵肺症 ☐ 其他_____

三、結核病用藥史（一線藥）

四、抗結核免費用藥使用情形

（一）

抗結核免費用藥使用原因及日期

☐ 藥物副作用 ⇨ 診斷日期_____ ⇨ 開始使用免費藥日期_____

☐ 多重抗藥性 ⇨ 診斷日期_____ ⇨ 開始使用免費藥日期_____

（二）

抗結核免費用藥使用種類、劑量及次數

藥 物	日 期	劑 量	次 數
TBN		250mg	
Levofloxacin		750mg	
Levofloxacin		500mg	
Levofloxacin		100mg	
Moxifloxacin		400 mg	
Cycloserine		250mg	

藥 物	日 期	劑 量	次 數
SM		1g	
Amikacin		250 mg	

五、藥物敏感試驗

日 期					
檢驗單位					
藥物敏感試驗	INH : S/R EMB : S/R RIF : S/R PZA : S/R SM : S/R				

六、痰塗片檢查結果（至少每三個月檢查一次）

檢查日期					
痰塗片檢查	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性

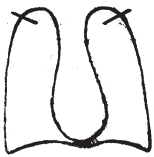
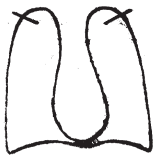
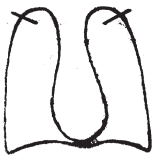
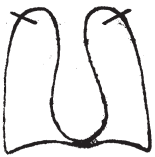
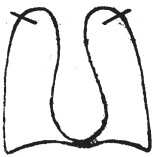
七、痰培養追蹤檢查結果（至少每三個月檢查一次）

檢查日期					
痰培養檢查	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性

八、生化檢查結果（至少每三個月檢查一次）

檢查日期					
GOT					
GPT					
BUN					
Creatinine					
Uric acid					

九、CXR的治療結果（至少每三個月檢查一次）

日期:				
				

十、病程摘要

十一、歷次CXR

檢查日期：

貼上CXR

結核病個案治療紀錄卡

姓名：病歷號碼：身分證字號：出生日期： 年 月 日													
日期													
藥物種類劑量/用藥天數													
INH													
EMB 400mg													
RMP													
PZA 500mg													
複方：													
TBN 250mg													
PAS granule 4g													
Levofloxacin mg/Moxifloxacin 400mg													
KM 1gm/SM 1gm/Amikacin 250mg													
CS 250mg													
日期													
體重													
X 光													
抹片													
培養													
ID/ST													
日期													
V/A													
AC													
PC													
GOT													
GPT													
T-bil													
BUN													
Cr													
UA													
WBC (×10 ³)													
RBC (×10 ⁶)													
Hb													
Plat (×10 ³)													
備註：													

醫院__年__月份抗結核免費藥使用紀錄表

[illegible]

醫院 年 月 抗結核免費藥月報表

藥品	上月結存量	本月申請量	本月消耗量	本月結存量	次月需求量
Prothionamide (TBN) 250mg (錠)					
Levofloxacin 100mg (錠)					
Levofloxacin 500mg (錠)					
Levofloxacin 750mg (錠)					
Moxifloxacin 400mg (錠)					
Cycloserine (Cs) 250mg (膠囊)					
Streptomycin (SM) 1gm (瓶)					
Amikacin (AMK) 250mg (瓶)					
Water for Inj 10ml 注射用水 (瓶)					
RHZ 75/50/150 mg (錠)					
RH 75/50 mg (錠)					

填表人：

電話：

主管：

收件住址：

收件人：

收件人聯絡電話：

衛生福利部疾病管制署申請抗結核免費藥簽收單

醫院名稱：

日期：

藥名	廠商	包裝	批號	有效期	數量	備註
Prothionamide TBN 250mg						
Levofloxacin 100mg（錠）						
Levofloxacin 500mg（錠）						
Levofloxacin 750mg（錠）						
Moxifloxacin 400mg（錠）						
Cycloserine（Cs）250mg（膠囊）						
Streptomycin（SM）1gm（瓶）						
Amikacin（AMK）250mg（瓶）						
Capreomycin 1g/vial（瓶）						
Water for Inj 10ml 注射用水（瓶）						
RHZ 75/50/150 mg（錠）						
RH 75/50 mg（錠）						

簽收人員：

簽收日期：

備註：收到藥品，請將此表簽收後傳真02-33936149，謝謝您！

抗結核免費藥診療醫師回覆單

個案姓名：_____ 身分字號：_____ 申請醫院_____

於____年____月____日經結核病診療諮詢委員審查相關申請檢附資料後，提供貴院診療建議如下，請參酌，並填寫貴院之回覆意見，傳真至 區管制中心
(FAX：0____--_____)

審查結果：

1. ☐ 同意申請。
2. ☐ 同意申請，但請再增加或修正藥物種類、劑量或治療時間如附件。
3. ☐ 不同意給藥，詳細如附件。

聯絡人：_____ 電話：_____

原診療醫師回覆意見：

- ☐ 同意上開諮詢委員意見，並據以診治病患。
- ☐ 不同意上開諮詢委員意見，不同意之理由請詳述：

原診治醫師簽名：_____ 年____月____日

聯絡電話：_____

疾病管制署統一採購之一般免費藥品申請須知

國內取得藥證						
Prothionamide 250mg、Levofloxacin 750/500/100mg、Moxifloxacin 400mg、Streptomycin 1gm、Cycloserine 250mg、Amikacin 250mg						
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫		受理申請單位		備註
		是	否	TMTC團隊	區管中心	
1.抗藥性結核病人（含MDR-TB、RR-TB及任三種第一線抗結核藥物抗藥） 2.一線藥治療效果不良或副作用等非抗藥性結核個案 3.其他（如：重開等）	TMTC 體系醫院	V		V		RR-/MDR-TB病人申請免費藥（無論是否納入團隊），務必進行DOTS-plus（每週至少5天，每天依治療處方頻率安排都治服務）。
			V	V		
	非TMTC體系 醫療院所				V	
BCG不良反應者	所有醫療院所	不需納團隊			V	不需納都

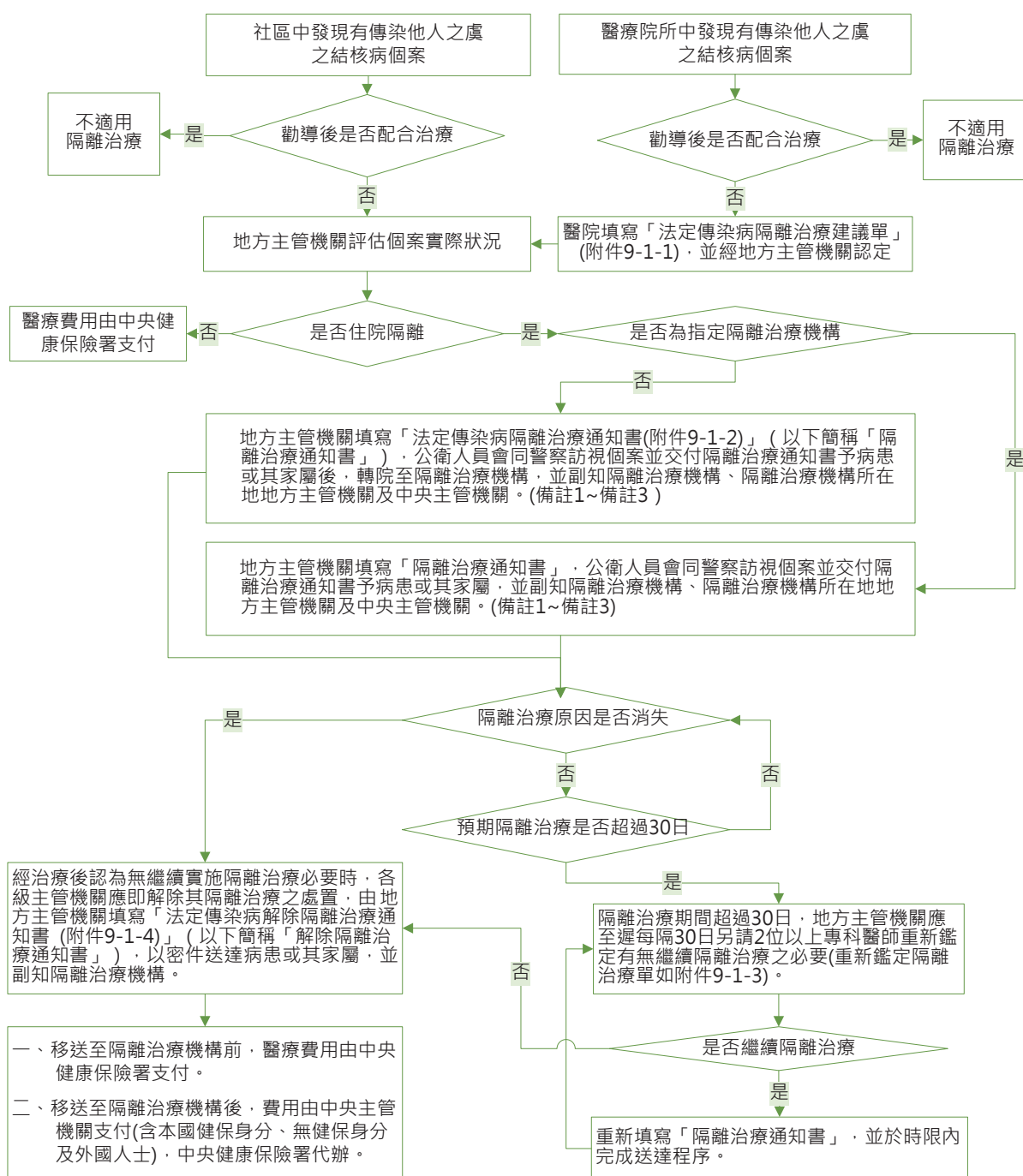
專案進口國內無藥證

PAS granules、Kanamycin 1gm、Capreomycin 1 g/vial、Terizidone 250 mg/cap、Clofazimine 100 mg/cap						
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫		受理申請單位	都治種類	備註
		是	否			
1.抗藥性結核病人（含MDR-TB、RR-TB及任三種第一線抗結核藥物抗藥） 2.一線藥治療效果不良或副作用等非抗藥性結核個案 3.其他（如：重開等）	限TMTC 體系醫院	V		TMTC團隊	V (DOTS-plus)	RR-/MDR-TB病人申請免費藥，無論是 否納入團隊，務必進行DOTS-plus（每 週至少5天，每天依治療處方頻率安排 都治服務）。
			V	TMTC團隊	V (詳備註)	
RHZ 75/50/150 mg/tab、RH 75/50 mg/tab						
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫		受理申請單位	都治種類	備註
體重未滿25kg之 1.兒童結核病人 2.BCG不良反應者	所有醫療院所	不需納團隊		區管中心	不需納都	
Bedaquiline 100mg、Delamanid 50mg						
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫		受理申請單位	都治種類	備註
		是	否			
pre-XDR、XDR	TMTC 體系醫院	V		TMTC團隊	V (DOTS-plus)	1.本項免費藥，限納入 TMTC 計畫之個案申請。 2.申請方式：醫院事先填具本署抗結核 免費藥申請單，向疾管署以書面申請 （免備文），或提至疾管署每季 召開之「多重抗藥性結核病醫療照 護體系檢討暨困難治療個案討論 會」病審同意，方可使用。

TMTC團隊醫院自行採購藥品之申請專案補助須知

Linezolid 600mg、Meropenem					
申請原因	診治醫院	個案是否納入TMTC計畫		受理申請單位	都治種類
		是	否		
抗藥性結核病人（含MDR-TB、RR-TB及任三種第一線抗結核藥物抗藥）	限TMTC體系醫院	V		TMTC團隊	V (DOTS-plus)
備註					
1.本項免費藥，限納入TMTC計畫之個案申請。 2.申請方式：醫院事先依特殊抗結核藥物專案補助申請流程（請備文），向疾管署申請同意，方可使用。					

結核病(含多重抗藥性結核病)個案隔離治療及重新鑑定隔離治療之作業流程



備註：

- 1、隔離治療通知書之內容已含括提審權利告知事項，如預期無法於24小時內送達病患或其家屬簽收，則應先開立提審權利告知書予本人及其指定親友(如附件9-1-5)，並於3日內送達隔離治療通知書。
- 2、結核病個案之「隔離治療通知書」、「解除隔離治療通知書」，由結核病個案管理單位所在地地方主管機關開立；「隔離治療通知書」及「解除隔離治療通知書」除送達病患或其家屬外，並副知指定隔離治療機構、隔離治療機構所在地地方主管機關及中央主管機關。結核病患者隔離治療期間，如須轉其他隔離治療機構，原隔離治療機構應通知原作成「隔離治療通知書」處分之結核病個案管理單位所在地地方主管機關，由該地方主管機關重新開立「隔離治療通知書」，完成法定行政程序並協助轉院，及通知接受轉院所在地之地方主管機關和原隔離機構所在地地方主管機關。
- 3、各項通知書之送達：如病患無法簽收，則由其家屬代收；如家屬不在現場，則依行政程序法第67條至74條規定辦理送達，並依同法第76條規定，送達人應製作送達證書，提出於行政機關附卷；倘有同法第78條第1項各款規定事由，則採公示送達。

法定傳染病隔離治療建議單

報告醫院		診斷醫師	
姓名		身分證字號/護照號碼	
住址			
診斷疾病			
病況說明			
醫院填報日期	中華民國 年 月 日	醫院簽章	

以下為衛生局填寫

是否同意隔離治療	☐ 同意 ☐ 不同意 不同意理由：_____
隔離治療機構名稱/地址	
隔離治療開始日期	中華民國 年 月 日

承辦人員核章：

承辦科(課)長核章：

主管機關首長核章：

縣（市）政府法定傳染病隔離治療通知書

送達時間： 年 月 日 時 分

受文者 姓名： _____ 身分證字號/護照號碼： _____
住址： _____ 電話： _____

法定傳染病隔離治療建議單開立醫院及診斷醫師（無者免填）：

您經醫師診斷罹患 _____（屬第__類傳染病），為保護您及其他人的健康，
_____縣(市)政府依傳染病防治法第 44 條及第 45 條規定通知台端，請您自__年__月__
日起至__年__月__日止，於以下隔離治療機構接受治療： _____（醫院）。

違反隔離治療之指示者，主管機關得依傳染病防治法第 67 條第 1 項第 3 款處以罰鍰。

為保障您的權益，特告知您以下事項：

- 一、 您或您的親友有權利依照提審法的規定，向地方法院聲請提審；您亦得依據訴願法第 14 條第 1 項及第 58 條第 1 項規定，自本通知書送達之次日起 30 日內（以實際收受訴願書之日為準，而非投遞日），繕具訴願書遞交本府（地址：_____），經由本府向訴願管轄機關衛生福利部提出訴願。
- 二、 您可提供執行人員您親友之姓名、地址或電話，執行機關將盡合理努力通知您的親友有關您接受隔離治療之訊息。
- 三、 不論您是否聲請提審或訴願，執行人員將隨時評估您是否有隔離治療之必要，若無隔離治療之必要時，縣(市)政府將即解除隔離治療之處置；縣(市)政府至遲每隔三十日將重新鑑定，評估您是否有繼續隔離治療之必要。
- 四、 如您有任何問題，可與以下執行人員聯絡

執行人員姓名與職稱： _____ 電話號碼： _____

中華民國 年 月 日

（戳記）

09

隔離治療（附錄）

隔離治療通知書及提審權利告知送達證書

本人 _____ 已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

收悉 _____ 縣(市)政府法定傳染病隔離治療通知書，並了解本人或本人之親友有權利依提審法規定向地方法院聲請提審。

本人

☐ 不請求執行機關通知親友。

☐ 請求執行機關通知以下親友

第一位親友

姓名

住址

電話

第二位親友

姓名

住址

電話

本人簽名 _____ 日期 _____

若本人拒絕簽名，執行人員請填以下表格

執行人員 _____，已向本人解釋其聲請提審之相關權利，並要求本人於提審權利告知書簽名，但本人拒絕簽名。

執行人員簽名 _____ 日期 _____

告知親友提審權利通知書

您的親友

先生，身分證字號
女士，（護照號碼）

因罹患法定傳染病或有可能罹患法定傳染病，已由_____（主管機關）依下列法律規定實施防疫措施

- ☐ 依傳染病防治法第 44 條及第 45 條規定，為法定傳染病病人，需施行隔離治療。
- ☐ 依傳染病防治法第 48 條第 1 項規定，為傳染病病人之接觸者或疑似被傳染者，需施行留驗、檢查、預防接種、投藥、隔離等必要處置。
- ☐ 依傳染病防治法第 58 條及第 59 條規定，為入、出國(境)之人員，主管機關得採行防疫、檢疫、隔離治療等必要處置。
- ☐ 其他：依據傳染病防治法第____條____項____款_____

由於您的親友指定您為提審法相關權利之受通知者，特此通知您以下事項：

一、前揭防疫措施之執行原因（可能罹患之病名或事由）：

二、執行時間：民國____年____月____日____時____分。

三、執行地點（地址或可認定具體地點之記載）：_____

四、您有權利依照提審法的規定，向地方法院聲請提審。

五、通知時間：民國____年____月____日____時____分。

六、通知方式（載明或勾選下方欄位）：_____

- ☐ 現場親自簽收。
- ☐ 電話告知後，通知書以雙掛號方式郵寄該親友。
- ☐ 傳真或電郵告知後，通知書以雙掛號方式郵寄該親友。

七、執行機關聯絡人

姓名與職稱：

電話號碼：

被通知人簽名_____

若該親友拒絕簽名，執行告知人員請填以下表格

執行告知人員_____已向該親友遞送告知親友提審權利通知書，並要求該親友於通知書簽名，但該親友拒絕簽名。

執行告知人員簽名_____

偕同執行人員簽名_____

行政程序法有關各項通知書送達之條文

第 67 條

送達，除法規另有規定外，由行政機關依職權為之。

第 68 條

送達由行政機關自行或交由郵政機關送達。

行政機關之文書依法規以電報交換、電傳文件、傳真或其他電子文件行之者，視為自行送達。

由郵政機關送達者，以一般郵遞方式為之。但文書內容對人民權利義務有重大影響者，應為掛號。

文書由行政機關自行送達者，以承辦人員或辦理送達事務人員為送達人；其交郵政機關送達者，以郵務人員為送達人。

前項郵政機關之送達準用依民事訴訟法施行法第三條訂定之郵政機關送達訴訟文書實施辦法。

第 69 條

對於無行政程序之行為能力人為送達者，應向其法定代理人為之。

對於機關、法人或非法人之團體為送達者，應向其代表人或管理人為之。

法定代理人、代表人或管理人有二人以上者，送達得僅向其中之一人為之。

無行政程序之行為能力人為行政程序之行為，未向行政機關陳明其法定代理人者，於補正前，行政機關得向該無行為能力人為送達。

第 70 條

對於在中華民國有事務所或營業所之外國法人或團體為送達者，應向其中華民國之代表人或管理人為之。

前條第三項規定，於前項送達準用之。

第 71 條

行政程序之代理人受送達之權限未受限制者，送達應向該代理人為之。但行政機關認為必要時，得送達於當事人本人。

第 72 條

送達，於應受送達人之住居所、事務所或營業所為之。但在行政機關辦公處所或他處會晤應受送達人時，得於會晤處所為之。

對於機關、法人、非法人之團體之代表人或管理人為送達者，應向其機關所在地、事務所或營業所行之。但必要時亦得於會晤之處所或其住居所行之。

之。

應受送達人有就業處所者，亦得向該處所為送達。

第 73 條

於應送達處所不獲會晤應受送達人時，得將文書付與有辨別事理能力之同居人、受雇人或應送達處所之接收郵件人員。

前項規定於前項人員與應受送達人在該行政程序上利害關係相反者，不適用之。

應受送達人或其同居人、受雇人、接收郵件人員無正當理由拒絕收領文書時，得將文書留置於應送達處所，以為送達。

第 74 條

送達，不能依前二條規定為之者，得將文書寄存送達地之地方自治或警察機關，並作送達通知書兩份，一份黏貼於應受送達人住居所、事務所、營業所或其就業處所門首，另一份交由鄰居轉交或置於該送達處所信箱或其他適當位置，以為送達。

前項情形，由郵政機關為送達者，得將文書寄存於送達地之郵政機關。

寄存機關自收受寄存文書之日起，應保存三個月。

第 76 條

送達人因證明之必要，得製作送達證書，記載下列事項並簽名：

- 一、交送達之機關。
- 二、應受送達人。
- 三、應送達文書之名稱。
- 四、送達處所、日期及時間。
- 五、送達方法。

除電子傳達方式之送達外，送達證書應由收領人簽名或蓋章；如拒絕或不能簽名或蓋章者，送達人應記明其事由。

送達證書，應提出於行政機關附卷。

第 78 條

對於當事人之送達，有下列各款情形之一者，行政機關得依申請，准為公示送達：

- 一、應為送達之處所不明者。
- 二、於有治外法權人之住居所或事務所為送達而無效者。
- 三、於外國或境外為送達，不能依第八十六條之規定辦理或預知雖依該規定辦理而無效者。

有前項所列各款之情形而無人為公示送達之申請者，行政機關為避免行政程序遲延，認為有必要時，得依職權命為公示送達。

當事人變更其送達之處所而不向行政機關陳明，致有第一項之情形者，行政機關得依職權命為公示送達。

重新鑑定隔離治療單

鑑定醫院		鑑定醫師	
病患姓名		身分證字號/護照號碼	
住址			
診斷疾病			
鑑定病況說明			
鑑定結果	☐ 不需繼續隔離 ☐ 需繼續隔離		
鑑定日期	中華民國 年 月 日	鑑定醫師簽章	

承辦人員核章：

承辦科(課)長核章：

主管機關首長核章：

縣（市）政府法定傳染病解除隔離治療通知書

受文者：		(君、醫療(事)機構)	
報告醫院		診斷醫師	
病患姓名		身分證字號/護照號碼	
地 址			
台端經 醫院通報自 年 月 日起，無繼續隔離治療必要。如台端有任何疑問或需要協助的地方，可致電 (衛生局、所)。感謝您的合作。			
中華民國 年 月 日		(戳記)	

註：一、依據傳染病防治法第四十四條、第四十五條規定辦理。
二、違反主管機關依傳染病防治法第四十四條、第四十五條或第六十七條規定處罰。
三、本件依權責劃分授權縣市政府辦理。

簽 收 單

本人（醫療機構）於中華民國 年 月 日接獲 縣（市）政府函知 君無繼續隔離治療必要之法定傳染病解除隔離治療通知書。

簽收人（簽章）：
簽收時間： 年 月 日 時 分

通知單號：

提審權利告知書

告知時間： 年 月 日 時 分

您，_____，因罹患法定傳染病或有可能罹患法定傳染病，為保護您及其他人的健康，已由_____（主管機關）依下列法律規定實施防疫措施

- ☐ 依傳染病防治法第 44 條及第 45 條規定，為法定傳染病病人，需施行隔離治療。
- ☐ 依傳染病防治法第 48 條第 1 項規定，為傳染病病人之接觸者或疑似被傳染者，需施行留驗、檢查、預防接種、投藥、隔離等必要處置。
- ☐ 依傳染病防治法第 58 條及第 59 條規定，為入、出國(境)之人員，主管機關得採行防疫、檢疫、隔離治療等必要處置。
- ☐ 其他：依據傳染病防治法第____條____項____款_____

依照提審法之要求，特告知您以下事項：

一、前揭防疫措施之執行原因（可能罹患之病名或事由）：

二、執行時間：民國____年____月____日____時____分。

三、執行地點（地址或可認定具體地點之記載）：_____

四、您或您的親友有權利依照提審法的規定，向地方法院聲請提審。

五、您可提供執行人員您親友之姓名、地址或電話，執行機關將盡合理努力通知您的親友。

六、執行人員聯絡方式：

姓名與職稱：

電話號碼：

本告知書一式二份；第一聯送交本人或其法定代理人、監護人或保護人 第二聯由通知機關隨執行卷宗存查

提審權利告知書送達證明

本人 _____ 已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

收悉 _____ (主管機關) 所提供之提審權利告知書。

本人

☐ 不請求執行機關通知親友。

☐ 請求執行機關通知以下親友

第一位親友

姓名

住址

電話

第二位親友

姓名

住址

電話

本人簽名 _____

若本人拒絕簽名，執行人員請填以下表格

執行人員 _____，已向本人解釋其聲請提審之相關權利，並要求本

人於提審權利告知書簽名，但本人拒絕簽名。

執行人員簽名 _____

偕同執行人員簽名 _____

本告知書一式二份；第一聯送交本人或其法定代理人、監護人或保護人 第二聯由通知機關隨執行卷宗存查

告知親友提審權利通知書

您的親友

先生，身分證字號：
女士，（護照號碼）：

因罹患法定傳染病或有可能罹患法定傳染病，已由_____（主管機關）依下列法律規定實施防疫措施

- ☐ 依傳染病防治法第 44 條及第 45 條規定，為法定傳染病病人，需施行隔離治療。
- ☐ 依傳染病防治法第 48 條第 1 項規定，為傳染病病人之接觸者或疑似被傳染者，需施行留驗、檢查、預防接種、投藥、隔離等必要處置。
- ☐ 依傳染病防治法第 58 條及第 59 條規定，為入、出國(境)之人員，主管機關得採行防疫、檢疫、隔離治療等必要處置。
- ☐ 其他：依據傳染病防治法第____條____項____款_____

由於您的親友指定您為提審法相關權利之受通知者，特此通知您以下事項：

一、 前揭防疫措施之執行原因（可能罹患之病名或事由）：

二、 執行時間：民國____年____月____日____時____分。

三、 執行地點（地址或可認定具體地點之記載）：_____

四、 您有權利依照提審法的規定，向地方法院聲請提審。

五、 通知時間：民國____年____月____日____時____分。

六、 通知方式（載明或勾選下方欄位）：_____

- ☐ 現場親自簽收。
- ☐ 電話告知後，通知書以雙掛號方式郵寄該親友。
- ☐ 傳真或電郵告知後，通知書以雙掛號方式郵寄該親友。

七、 執行機關聯絡人

姓名與職稱：

電話號碼：

被通知人簽名_____

若該親友拒絕簽名，執行告知人員請填以下表格

執行告知人員_____已向該親友遞送告知親友提審權利通知書，並要求該親友於通知書簽名，但該親友拒絕簽名。

執行告知人員簽名_____

偕同執行人員簽名_____

縣/市 年度結核病個案住院隔離治療統計表												
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
統計本月份隔離治療人數 (H) H=(A+D-E)+F-G												
截至上月底隔離治療中人數 (A)												
本月份新開立隔離治療通知單數 (B)												
本月份新開單但未住院隔離治療人數 (C*)												
本月份新開單且已住院隔離治療人數 (D) D=B-C												
本月份解除隔離治療人數 (E)												
其他原因新增隔離人數 (F*)												
其他原因減少隔離人數 (G*)												
*備註												

備註：

- 1.*C,F,G 欄之個案請於備註欄註明原因
- 2.F、G 指個案如因尋獲或逃跑等原因，致報表人數新增或減少。
- 3.每月 A 欄人數=前一月 H 欄人數

縣/市_____年_____月份結核病個案住院隔離治療名單																			
編號	區管 中心 別	縣市 別	鄉鎮 別	個案姓 名	身份證 字號	隔離原因 (請依下拉式 選單選擇最主 要原因)	本次住 院隔離 天數	開立通 知書日 期	是否完 成提審 告知	限定住 院隔離 日期	實際住 院隔離 日期	是否於限 定日期前 完成隔離 住院	住院隔 離院所	重新鑑 定日期	是否依 規定時 間重新 鑑定	重新鑑定 時是否完 成提審告 知	解除通知 書日期或 (轉出通知 書日期)	出院日期 或(轉出住 院治療日 期)	備註
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			

中華民國 年 月 日編製

備註: 1.相關資料請納入慢性傳染性結核病個案
2.重新鑑定日期若為多筆，請利用 Excel 的註解功能詳細填列
3.衛生局人員請填寫白底欄位;區管中心人員請填寫黃底欄位

決定結核病接觸者檢查優先順序參考事項

一、影響結核病個案傳播因素

因子	高傳播	低傳播
1. 結核病部位	咽喉/肺	單純肺外
2. 痰塗片狀態	陽性	陰性
3. 胸部 X 光片	開洞	未開洞
4. 症狀/行為	咳嗽、唱歌、打噴嚏、善長社交活動、接受引發咳嗽的醫療處置(如: 支氣管鏡...)	無咳嗽、唱歌、打噴嚏
5. 年齡	成人或青少年	小於 10 歲的小孩
6. 結核病用藥	尚未開始服藥或者非有效處方	已開始服藥達兩週以上

二、結核病接觸者發病危險因子

接觸者越年幼越容易因感染而發病，其餘影響接觸者發病危險因子如下表：

第一類：免疫相關 (該類接觸者 TST 陽性判定標準為 5mm)		
☐ HIV 感染 ☐ 接受癌症化療藥物 ☐ 服用類固醇 (每日劑量大於 15mg 且服用超過 4 週【或依體重換算劑量 > 2mg/kg】) ☐ 使用腫瘤壞死因子拮抗劑 TNF- α blocker (恩博 Enbrel [®] , 復邁 Humira [®] , 欣普尼 Simponi [®] , 恩瑞舒 Orencia [®] , 類克 Remicade [®] , 安挺樂 Actemra [®] , 捷抑炎 Xeljanz [®]) ☐ 器官移植使用抗排斥藥物	☐ 自體免疫疾病： ☐ 紅斑性狼瘡(Systemic Lupus Erythematosus) ☐ 全身性硬化症(Systemic Sclerosis) ☐ 類風濕關節炎(Rheumatoid Arthritis) ☐ 多發性肌炎(Polymyositis) ☐ 皮肌炎(Dermatomyositis) ☐ 血管炎(Vasculitis) ☐ 貝賽特氏病(Behcet' s Disease) ☐ 天皰瘡(Pemphigus) ☐ 乾燥症(Sjogren' s Syndrome) ☐ 克隆氏症(Crohn' s Disease) ☐ 慢性潰瘍性結腸炎(Ulcerative Colitis) ☐ 其他_____	
第二類：若能控制或戒除，即能降低結核發病風險的因子		
糖尿病： ☐ 未檢查 (建議前往醫療院所檢查血糖) ☐ 治療中 (☐ 規則治療 ☐ 不規則治療) ☐ 吸菸 (一生中吸菸支數超過 100 支並且目前仍然在吸菸) ☐ 喝酒 (過去 3 個月平均每週喝酒 1 次或 1 次以上)		
第三類：其他醫療狀況		
☐ 慢性肺阻塞疾病 ☐ 胃切除手術術後/空腸迴腸改道術	☐ 矽肺病	☐ 血液/腹膜透析(洗腎)/慢性腎衰竭

10

結核病接觸者追蹤管理 (附錄)

結核病個案疫情調查評估事項

(提供公衛人員參考)

一、個案基本資料：

姓 名		性別		國 籍	
身份證號		年齡		出生日期	
學校名稱 (或職場)	學校/班級/系所/公司	身份	學生/老師/員工/雇主	入校日期 (或就職日)	
通報醫院		通報 醫師		通報日期	
居住地	(縣市)	(鄉鎮)		用藥日期	
戶籍地	(縣市)	(鄉鎮)		確診日期	

診斷概況：

病灶部位：☐肺結核 ☐肺外結核（部位：_____）
 疾病分類：☐新案 ☐重開案（前次銷案日期/原因：_____/_____/____）
 通報原因：☐因症就醫 ☐接觸者篩檢 ☐體檢異常
 確診狀態：☐確診 ☐未確診

二、個案疾病與實驗室結果

(一)、個案疾病

1. 結核病過去史評估

項 目	結核病史 (無者以下免填)	結核病接觸史 1* (無者以下免填)	結核病接觸史 2* (無者以下免填)
與指標個案關係			
指標個案 治療狀況	☐ 治療中 ☐ 已治癒 ☐ 未治療	☐ 治療中 ☐ 已治癒 ☐ 未治療	☐ 治療中 ☐ 已治癒 ☐ 未治療
指標個案 傳染力評估	☐ 痰塗片陽性 ☐ 痰培養陽性 ☐ CXR 異常有空洞	☐ 痰塗片陽性 ☐ 痰培養陽性 ☐ CXR 異常有空洞	☐ 痰塗片陽性 ☐ 痰培養陽性 ☐ CXR 異常有空洞

2. 其他相關疾病

☐ 無
☐ 曾經罹患過結核病 ☐ B 肝帶原（或其他肝病） ☐ 過敏 ☐ 氣喘 ☐ 高血壓 ☐ 糖尿病
☐ 心臟病 ☐ 營養不良 ☐ 胃切除或腸造瘻口手術 ☐ 腎臟病 ☐ 洗腎 ☐ 癌症 ☐ 痛風
☐ 塵肺症（或矽肺症） ☐ HIV 感染 ☐ 毒癮 ☐ 藥物濫用 ☐ 酗酒 ☐ BMI < 20
☐ 免疫力不全或免疫抑制治療中（如：器官移植、化學治療）
☐ 其他（_____）

3. 旅遊或接觸(含動物接觸)史(可複選)

- ☐ 個案為 5 歲（含）以下 ☐ 個案為懷孕或產後婦女
- ☐ 曾與結核病個案相處
- ☐ 曾與疑似多重抗藥性結核病個案相處，日期：____/____/____ 至 ____/____/____
☐ 家庭內 ☐ 機構內（不含醫療院所） ☐ 醫療院所 ☐ 其他____ ☐ 系統勾稽取得
- ☐ 國外居住史
☐ 中國大陸，日期：____/____/____ 至 ____/____/____
☐ 其他國家：____，日期：____/____/____ 至 ____/____/____
- ☐ 原住民 ☐ 外籍勞工（或配偶） ☐ 學生 ☐ 臨時工 ☐ 遊民、街友

個案曾有下列情況

- ☐ 是受刑人或收容人(曾經收押於看守所)
- ☐ 居住於長期照護/安養中心 ☐ 居住於學生宿舍
- ☐ 待過遊民收容所 ☐ 是遊民收容所工作者
- ☐ 是矯正機關工作者 ☐ 是醫療院所工作者
- ☐ 其他（請於下方說明）：

4. 求診與治療過程（含如何發現、目前用藥治療經過與現況）：

（二）實驗室結果

1. 驗痰結果

檢驗方法	年 月 日	年 月 日	年 月 日
痰塗片	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 已驗未出 ☐ 未檢	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 已驗未出 ☐ 未檢	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 已驗未出 ☐ 未檢
NAAT	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 無送驗需求	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 無送驗需求	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 無送驗需求
痰培養	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 已驗未出 ☐ 未檢	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 已驗未出 ☐ 未檢	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 已驗未出 ☐ 未檢
菌株鑑定	☐ 已驗未出 ☐ MTB ☐ NTM	☐ 已驗未出 ☐ MTB ☐ NTM	☐ 已驗未出 ☐ MTB ☐ NTM

2. 胸部 X 光

檢查日	年 月 日
檢查結果	☐ 正常 ☐ 異常無空洞 ☐ 異常有空洞 ☐ 異常無關結核

3. 肺外結核

肺外結核部位	☐ 肋膜積水 ☐ 腦結核 ☐ 骨結核 ☐ 淋巴結核 ☐ 皮膚結核 ☐ 其他部位____
--------	--

4. 藥敏報告

藥物種類	藥敏報告		
INH	☐ 抗藥	☐ 敏感	☐ 檢驗中
RMP	☐ 抗藥	☐ 敏感	☐ 檢驗中
EMB	☐ 抗藥	☐ 敏感	☐ 檢驗中
SM	☐ 抗藥	☐ 敏感	☐ 檢驗中
其他（ ）	☐ 抗藥	☐ 敏感	☐ 檢驗中

三、個案發病、可傳染期及都治情形

症狀開始日	☐ 無症狀 ☐ 有症狀：____年____月____日
-------	---

	☐ 咳嗽 ☐ 咳血 ☐ 夜間盜汗 ☐ 體重減輕 ☐ 痰 ☐ 食慾差 ☐ 發燒 ☐ 長期疲憊/不舒服 ☐ 胸悶胸痛 ☐ 其他（ ）
可傳染期	____年____月____日至____年____月____日
DOT 情形	☐ 加入都治 加入日期：____年____月____日 ☐ 未加入都治 未加入原因： ☐ 拒絕 ☐ 未用藥 ☐ 其他原因

四、個案活動調查：

活動地點	暴露頻率(天/週)	每天暴露時間(時/天)	人數
☐ 學校（同班同學）			
☐ 學校（老師）			
☐ 學校（同班之外修習相同課程同學）			
☐ 補習班			
☐ 辦公室			
☐ 社區大學			
☐ 校車			
☐ 社團			
☐ 宿舍			
☐ 住家			
☐ 網咖			
☐ KTV 密閉空間			
☐ 打工/兼職			
☐ 實習			
☐ 其他			
備註： 描述性補充說明			

五、接觸者調查：

接觸者：共 ____人；（其中家戶____人 校園/職場____人 小於5歲____人）

六、個案特殊狀況：

☐ 痰培養陰轉 ☐ 指標個案請假未至學校上課(或上班)：____年____月____日至____年____月____日 ☐ 指標個案持續佩戴外科級以上口罩上課 ☐ 指標個案未防護，但接觸者持續佩戴 N95(含)以上等級之口罩 ☐ TB 治療且 DOTS 2 週

結核病防治校園環境評估項目

(提供公衛人員參考)

學校名稱

指標個案可傳染期間修課共計_____堂，合計使用_____

間教室。是否參加社團：_____。是否於學校住宿：_____。

[illegible]

* 1. 請測量座位桌邊與桌邊、床緣到床緣之走道距離。

*2. 有關「窗戶」使用頻率，請填寫開窗頻率與時間。

3. 係指可將室內空氣排放至戶外之排氣管路設備，並非單指室內迴風口。

*4. 針對就讀高中以下之指標個案，請提供可傳染期之座位表，以利日後群聚事件疫情範圍之釐清。

評估日期：_____ 評估者：_____

校園提供課表及相關資料的日期：

目次

(提供公衛人員參考)

職場(公司)名稱：.

指標個案可傳染期間共計_____工作場域。是否參加社團：_____。是否於學校住宿：_____。

[illegible]

* 1. 請測量座位桌邊與桌邊、床緣到床緣之走道距離。

*2. 有關「窗戶」使用頻率，請填寫開窗頻率與時間。

* 3. 係指可將室內空氣排放至戶外之排氣管路設備，並非單指室內迴風口。

* 4. 請提供可傳染期之座位表，以利日後群聚事件疫情範圍之釐清。

評估日期

職場提供班表及相關資料的日期：

接觸者與指標個案之「關係別」歸類原則

指標個案身分	接觸者身分	「關係」之歸類
一般個案(包含替代役、國防役軍人)	同住家屬	共同居住 (家屬)
	同住家屬且為醫療工作者	共同居住 (家屬) (並於「醫院工作者」欄位點選「是」)
	同住非家屬且為醫療工作者	共同居住 (非家屬) (並於「醫院工作者」欄位點選「是」)
	同寢室室友	共同居住 (非家屬)
	非同住家屬	其他
	公司交通車、同辦公室同事	職場接觸者
	朋友、親密友人、鄰居、牌友、教會寺廟教友、禪修教友、社團(如：婦女會、獅子會、老人會、義消、志工)	其他
醫院/人口密集機構住民	醫療工作者	職場接觸者 (並於「醫院工作者」欄位點選「是」)
	同室病友	共同居住 (非家屬)
	同室病友之家屬	其他
	非同室之其他病友	人口密集機構
學生、老師	校內同宿舍室友	共同居住 (非家屬)
	老師、學生、其他校園工作者	學校接觸者
	補習班、學校社團、才藝課	學校接觸者
	學校交通車	學校接觸者
校車司機、校園非教師工作者	老師、學生、其他校園工作者	學校接觸者
醫療工作者	醫療工作者	職場接觸者 (並於「醫院工作者」欄位點選「是」)
	病患	人口密集機構
	居家照顧之病患	其他
軍人	宿營軍人	共同居住 (非家屬)
	同營但未同宿之軍人	職場接觸者
職業軍人	職業軍人	職場接觸者
矯正機關收容人	同室收容人	共同居住 (非家屬)
	非同室收容人	人口密集機構

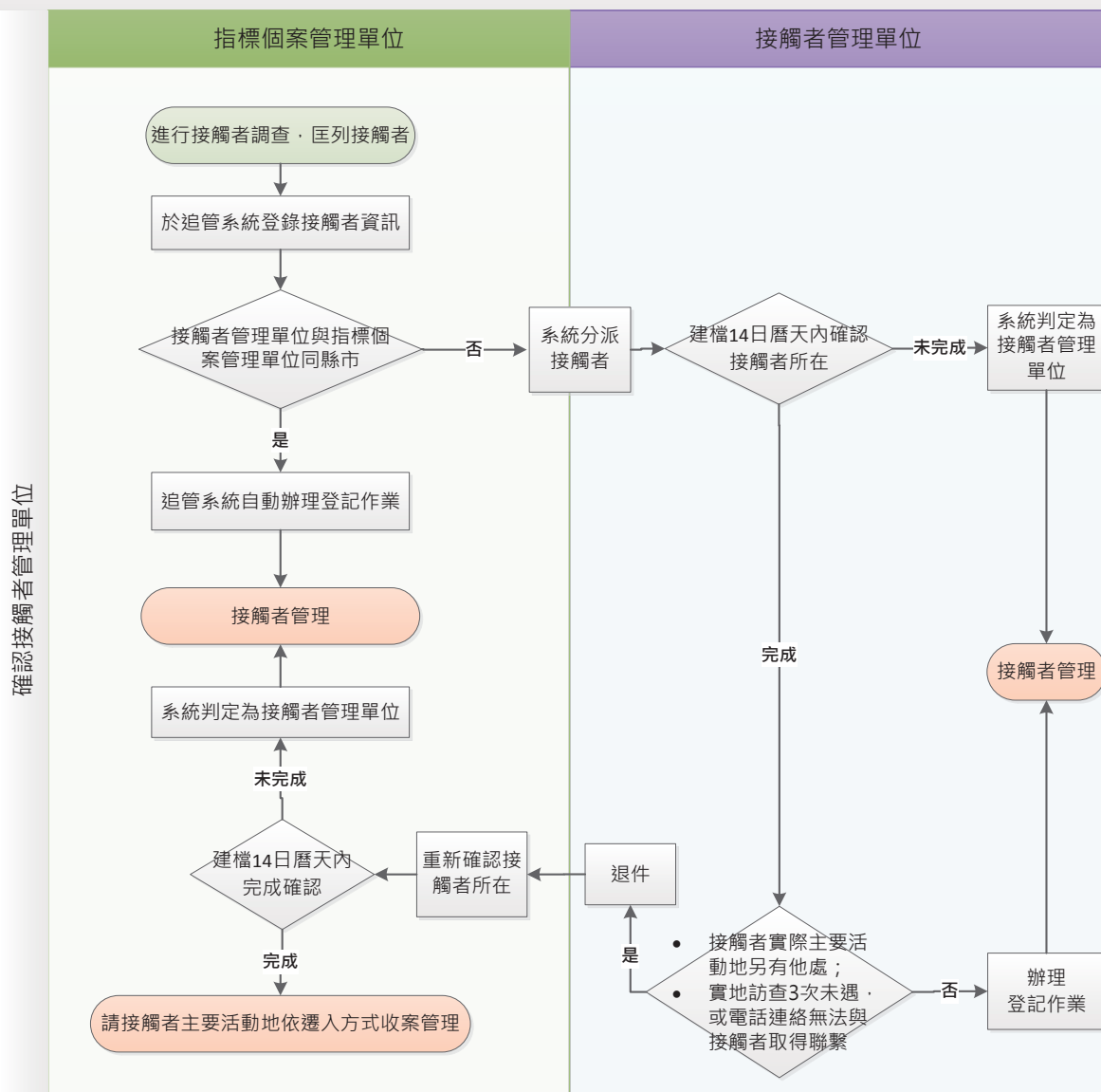
【備註】

1. 「人口密集機構」包括：老人安養養護或長期照護機構、老人公寓、身心障礙福利機構、兒童或少年安置及教養機構、榮民之家、矯正機關、護理之家、康復之家等。
2. 「醫療工作者」指接觸者為醫療相關身分之醫師、護理人員、醫檢師、藥師或看護等(不分工作場所)，或於醫院內從事非醫療工作之行政、工務、清潔工作之人員。因此類人員於職場上，經常重複暴露於感染風險，後續進行潛伏結核感染治療的預防效果將會受到影響，故需特別區分。請依歸類標準選擇關係後，另於「醫院工作者」欄位點選「是」。

接觸者登記及管理單位遷入作業

一、接觸者登記作業：

接觸者登記作業流程



- (一) 指標管理單位將接觸者建檔後，追管系統將依「活動地址 1：管理單位」欄位鍵入之地址進行分派，被分派之接觸者管理單位需於 14 日曆天內於系統完成登記收案，確立接觸者管理單位。
- (二) 接觸者登記係由接觸者管理單位於中央追管系統「卡片列印」項下進行操作，若接觸者管理單位與指標個案屬相同縣市，系統將自動辦理登記。
- (三) 完成登記之接觸者，若欲異動或修改管理單位地址，須由中央追管系統「個案管理」之「接觸者遷出入」項下進行。
- (四) 被要求辦登之接觸者管理單位應於 14 日曆天內完成接觸者確認，並於系統點選收案或退件，否則視同同意收案。被要求辦登之接觸者管理單位，除以下理由不應任意退件：

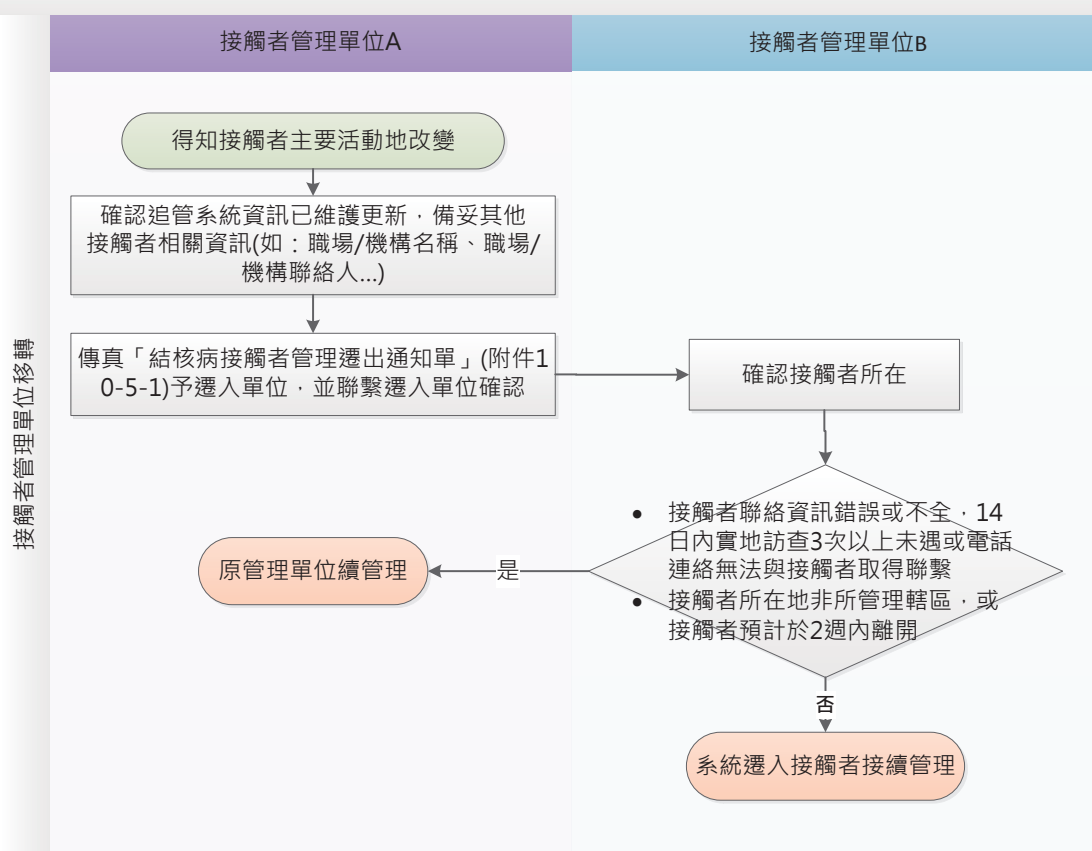
1)接觸者實際的主要活動地另有他處；2)經實地訪查 3 次未遇，或電話連絡無法與接觸者取得聯繫。

(五) 接觸者被退件後，指標管理單位應立即重新查明接觸者實際所在地，如未能於接觸者建檔後之 14 日曆天內確認接觸者實際所在地，則該接觸者由指標管理單位收案管理。

(六) 若辦理接觸者登記作業時，確實無法查明接觸者之主要活動地，則該接觸者應由指標個案管理單位管理。

二、接觸者管理單位遷入作業：

接觸者遷出入作業流程



(一) 當接觸者主要活動地改變時，由遷出單位傳真「結核病接觸者管理遷出通知單」(附件10-5-1)予遷入單位，再由異動後之管理單位於系統進行接觸者遷入，使管理單位轉移。

(二) 接觸者遷出單位除需傳真遷出通知單以外，應主動聯繫遷入單位確認是否接獲訊息。若遷入單位 14 日曆天內未回覆遷出單位，相關單位應逕行聯絡協調，如有爭議循爭議調解機制解決。

(三) 有關接觸者遷出入作業，遷出單位除應提供正確之接觸者活動地址及連絡電話以外，亦應將與接觸者聯繫過程中所獲得之相關資訊(如：職場/機構名稱、職場/機構聯絡人...)交接完整，俾利遷入單位銜接管理時，能儘快與接觸者建立信任關係。

(四) 接觸者遷出單位在辦理接觸者遷出前，應先於系統中確認各項接觸者資訊是否維護完整。

(五) 接觸者所在地管理單位除以下理由，不應任意拒絕遷入：

1. 原管理單位提供之接觸者聯絡資訊錯誤或不全，接觸者所在地管理單位 14 日內實地訪查 3 次以上未遇或電話連絡無法與接觸者取得聯繫。
2. 接觸者所在地管理單位與接觸者聯繫確認後，發現接觸者所在地非其管理轄區，或接觸者預計於 2 週內離開其管理轄區。

(六) 若辦理接觸者遷出入作業時，無法查明接觸者之主要活動地，則應由原管理單位繼續管理。

例外：矯正機關接觸者出監後，應由主要活動地為接觸者管理單位，倘無法確認其主要活動地，則由戶籍地管理。

三、如接觸者同時有多名指標個案，請依以下原則進行：

1. 追蹤期間判定：以追蹤期限較久之該次暴露史為主，進行後續之接觸者追蹤管理。
2. 管理單位判定：以接觸者為中心，由接觸者管理單位自系統進行歸併作業。

四、爭議調解機制

接觸者管理單位之歸屬發生疑義時，應由雙方單位先行溝通協調，倘無法取得共識，則由上一層單位逐層介入協調：

1. 跨鄉鎮之接觸者遷出入爭議由縣市衛生局於 7 日內協調裁定歸屬管理單位。
2. 跨縣市之接觸者遷出入爭議，若經相關縣市衛生局逕行溝通後仍無法取得共識，請相關縣市衛生局備齊資料，由轄屬疾病管制署管制中心於 7 日內協調裁定接觸者歸屬管理單位。
3. 遷出入爭議仍無法解決者，由疾管署慢性組邀集涉及之各單位召開協調會議進行裁決。

結核病接觸者管理遷出通知單

遷出單位_____縣(市)_____衛生所

身分證字號	姓 名	活 動 地 新 址 (電話)	遷出日期
		通 訊 地 址 (電話)	

茲有上列接觸者於 年 月 日遷至 貴轄區管理 (☐無 ☐併附 接觸者管理相關資料影本)，惠請進行追蹤並將情況回覆 (年 月 日前)，此致

_____縣(市)_____衛生所

接觸者管理者：_____ (職章)

聯絡電話：_____ 傳真：_____

年 月 日

結核病接觸者管理遷出回覆單

_____縣(市)_____衛生所遷出

身分證字號	姓 名	是否收案	未收案原因
			☐ 接觸者聯絡資訊錯誤或不全，無法與接觸者取得聯繫。 ☐ 接觸者所在地非本所管理轄區。 ☐ 接觸者預計 2 週內離開本所管理轄區。 ☐ 其他_____

_____縣(市)_____衛生所

接觸者管理者：_____ (職章)

聯絡電話：_____ 傳真：_____

年 月 日

※ 遷入單位收到本通知單後，請於 14 日內處理完畢，傳真回覆遷出衛生所，並於系統中更新管理單位。

※ 收到遷出通知單回聯後，如經查詢該案管理單位尚未更新，可傳真遷出通知單回聯請遷入單位疾病管制署該管管中心協調處理。

各區管中心傳真號碼：台北區 02-2550-7416/北區 03-3982913 /中 區 04-24753683
南區 06-2906714/高屏區 07-8011668/東區 038-224732

10

結核病接觸者追蹤管理（附錄）

結核病接觸者檢查及衛教前注意事項

(提供公衛人員參考)

下列表格的注意事項旨在提醒公衛人員，進行接觸者檢查及衛教前後，應以各種技巧陸續評估接觸者的結核病相關因子，才能適當調整衛教內容及接觸者檢查判定的基礎。

應注意事項	內容
1. 是否有結核病症狀？	☐ 咳嗽 ☐ 咳血 ☐ 有痰 ☐ 夜間盜汗 ☐ 發燒 ☐ 胸悶胸痛 ☐ 體重減輕 ☐ 食慾差 ☐ 長期疲憊/不舒服 ※應告知接觸者配戴外科級口罩並儘速就醫
2. 是否治療過結核病？	評估追蹤為再感染或復發
3. 是否曾經做過愛滋病毒檢驗？	結核菌素測試的陽性判定標準為 5mm
4. 是否罹患癌症？	結核菌素測試的陽性判定標準為 5mm
5. 是否使用免疫抑制劑 / 腫瘤壞死因子拮抗劑 (TNF- α inhibitor)？	15mg/day prednisolone 以上超過 1 個月 結核菌素測試的陽性判定標準為 5mm
6. 是否曾器官移植？	結核菌素測試的陽性判定標準為 5mm
7. 是否罹患糖尿病？	易感族群
8. 是否有肝病或肝功能異常？	於評估是否進行潛伏結核感染治療時，應於接觸者轉介單上標註，或通知醫師；若已進行預防性或潛伏結核感染治療，應追蹤是否進行肝功能檢查及都治關懷員評估是否有用藥副作用的情形。
9. 目前是否施行血液透析(洗腎)或同為腎衰竭病患？	易感族群
10. 目前是否懷孕？	孕婦若有肺結核上呼吸道之相關症狀者，應先行查痰。另，胸部X光檢查至遲應於產後完成。

結核病接觸者檢查時間及方式

※於指標個案**確診**後，完成結核病接觸者之基本資料調查及檢查

指標個案傳染性分類		痰培養陽性且鑑定為結核分枝桿菌之肺結核 (<5 歲之確診個案除外)		痰培養陰性之肺結核 (<5 歲之確診個案除外)	單純肺外 或 <5 歲之確診個案
		痰塗片陽性 ²	痰塗片陰性		
接觸者檢查時間/項目		全年齡層	<13 歲	≥13 歲	1. 檢查目的為尋找感染源。 2. 單純肺外個案以 ≥5 歲同住之接觸者為對象。 3. <5 歲確診個案以 ≥5 歲之接觸者為主。
第 1 個月內	胸部 X 光 ¹	○	○	○	○
第 3 個月 (終止有效暴露 8 週後)	LTBI 檢驗 ³	○ ⁴	○ ⁴	×	×
第 12 個月	胸部 X 光 (LTBI 檢驗陰性/ 持續或完成 LTBI 治療者)	×	×	×	×
	胸部 X 光 (應加入但未加入或 中斷 LTBI 治療者)	○	○	×	×

* 指標個案為**抗藥性肺結核 (RR/MDR TB)** 個案：自系統登記為 RR/MDR TB 起 1 個月內，應再次確認其 RR/MDR TB 可傳染期及符合接觸者檢查之對象，接觸者尚無最近 3 個月內之胸部 X 光檢查結果，應立即進行檢查。日後每隔半年進行 1 次追蹤檢查，持續追蹤至 RR/MDR TB 指標個案痰培養陰轉後 2 年，或與 RR/MDR TB 指標個案停止接觸後 2 年。如 LTBI 檢驗陰性者，則無需再進行追蹤。

* 指標個案為慢性傳染性肺結核個案：接觸者應每年進行追蹤胸部 X 光檢查。

* 接觸者如為孕婦，若有活動性結核病相關症狀，應查痰、安排胸部 X 光檢查；LTBI 陽性且無症狀者，若不願意在孕期治療，建議產後應儘快開始 LTBI 治療。

* 針對無痰陽性證據，僅因鼻部、咽喉、氣管至肺之病理組織切片陽性而確診之個案，如醫師高度懷疑，其檢驗結果視同接檢體。

備註：

- 所有接觸者均進行胸部 X 光檢查，惟 3 個月內曾照胸部 X 光，並能提出正常證明者，可不必再做第一次檢查，但如出現疑似異常症狀，仍需隨時進行檢查。
- 指標個案痰塗片陽性且 NAA 檢驗陰性者，毋須立即進行接觸者檢查，須待痰培養及鑑定結果再決定執行方式。
- 經醫師評估需進行 LTBI 治療者，應於接受治療前確認最近一個月內胸部 X 光結果已排除活動性肺結核。
- <5 歲接觸者以 TST 為主要 LTBI 檢驗工具，應於指標個案確診日起 1 個月內執行，檢查陰性者須於第 3 個月執行第 2 次 TST；≥5 歲接觸者以 IGRA 為主要 LTBI 檢驗工具。接觸者如為醫院工作者，得依其個人接受 LTBI 治療之意願，選擇是否進行 LTBI 檢驗。
- 指標個案為 S-且 C(MTB) 之 13 歲以上接觸者可免做第 12 個月 CXR 檢查，但其中 65 歲以上接觸者之發病風險與一般 65 歲以上民眾相當，建議納入常規高風險族群篩檢計畫對象。

嬰幼兒接觸者之處置建議

接觸者暴露年齡 (指標個案可傳染期)	接觸者檢查 時是否已接 種 BCG	接觸者 LTBI 評估 治療 ²		接觸者 BCG 接種建議	
		TST ¹	TST ¹	TST ¹	BCG
新生兒時期 (胎兒時期至出生 1 個 月內)	未接種 BCG		胸部 X 光正常者，應完成 9 個月 INH 預防性治療。	完成 9 個月 INH 預防性治療後，儘早檢驗 TST。	- TST ≥ 5 mm 者，無須接種 BCG。 - TST < 5 mm 者，完成 9 個月 INH 預防性治療後，儘早接種 BCG。
	已接種 BCG				
非新生兒時期 (出生 > 1 個月)	未接種 BCG	- 暴露後 1 個月內應檢驗 TST。 - 若暴露後 1 個月內 TST 為陰性者，於終止有效暴露 8 週後應再檢驗 TST。	- 暴露後 1 個月內胸部 X 光正常且 TST ≥ 5 mm 者，應完成 9 個月 INH 治療。 - 暴露後 1 個月內胸部 X 光正常且 TST < 5 mm 者： - 由醫師依風險評估是否開始預防性治療。 - 終止有效暴露 8 週後 TST ≥ 5 mm 者，繼續完成 9 個月 INH 治療。 - 終止有效暴露 8 週後 TST < 5 mm 者，停止 INH 預防性治療。	第一次 TST 陰性者於終止有效暴露 8 週後再度檢驗 TST。	- TST ≥ 5 mm 者，無須接種 BCG。 - TST < 5 mm 者，於停止 INH 治療後儘早接種 BCG。
	已接種 BCG				

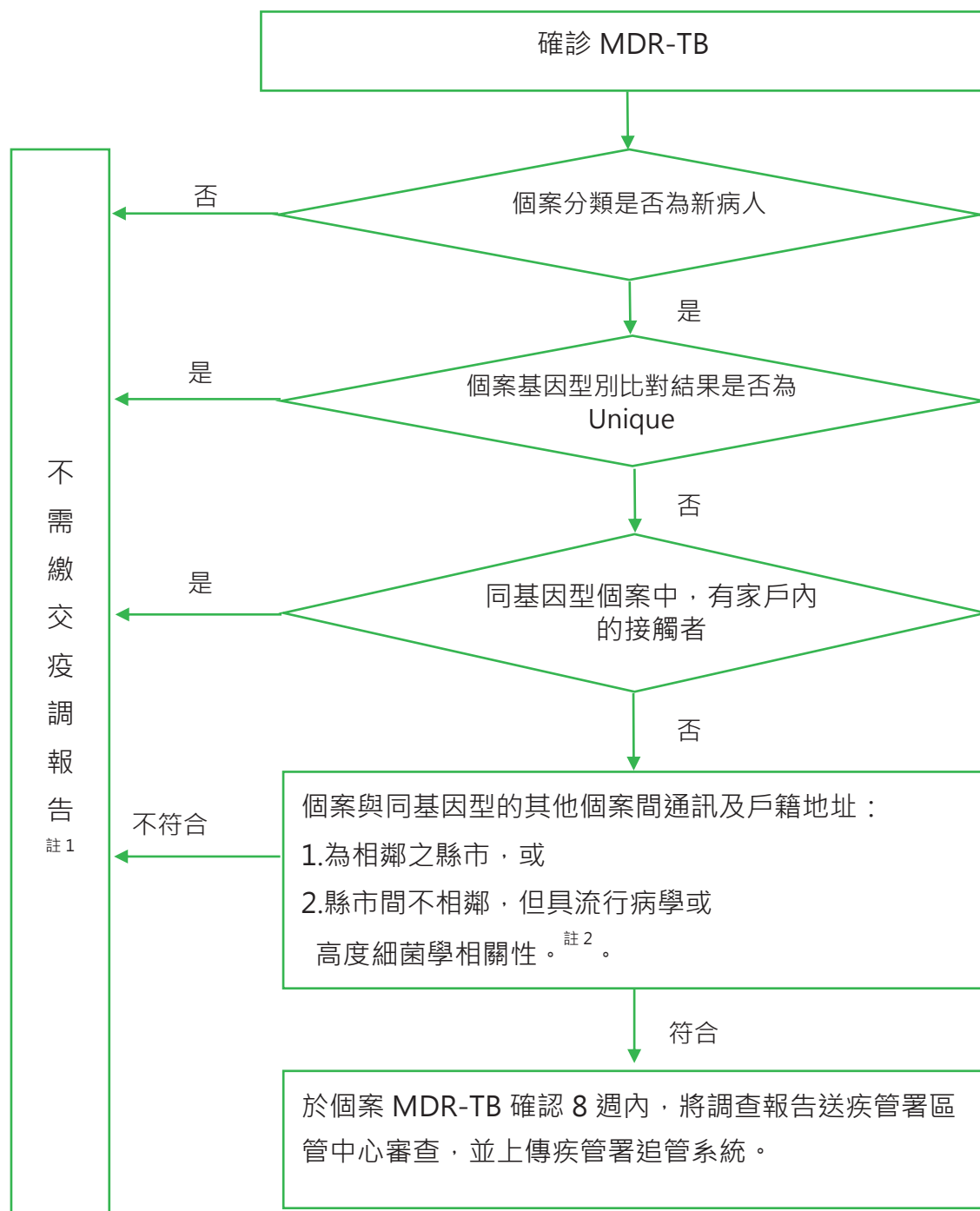
備註：1. 接觸者若有人類免疫不全病毒、惡性疾、器官移植或其他免疫功能不全疾病(包括使用類固醇劑量相當於 15 mg/day prednisolone 以上超過一個月)者，以 ≥ 5 mm 作為 TST 陽性判讀標準。

2. 接觸之結核菌具 isoniazid 感受性或藥物感受性未知時，建議使用 isoniazid 10 mg/kg (最高劑量 300 mg)，每日服用一次，持續 9 個月。接觸之結核菌具 isoniazid 抗藥性時，須加強衛教。告知經評估後有被感染，因接觸之菌株具抗藥性，其治療效果不佳，建議密切觀察可能的症狀，並依接觸者檢查規範進行追蹤管理。

3. 持「TB 接觸者就醫轉介單」者，主診斷碼請鍵入 ICD-code Z20.1。持「LTBI 就診手冊就醫」者，主診斷碼請鍵入 ICD-code R76.1。

縮寫：LTBI，latent tuberculosis infection (潛伏結核感染)；BCG，Bacille Calmette-Guérin (卡介苗)；TST，tuberculin skin test：結核菌素皮膚測驗；INH，isoniazid。

多重抗藥性結核病新案疫調-檢核流程



註 1：評估個案有特殊情況，仍可啟動新案疫調送審。

註 2：高度細菌學相關：若同基因型的舊案之抗藥藥物種類於新案也顯示為抗藥時，則二者視為具高度細菌學相關。(例：舊案 A、B、C 藥物抗藥，新案 A、B、C、D 藥物抗藥則視為高度細菌學相關性；但若為新案 A、B、D 藥物抗藥則否。)

10

結核病接觸者追蹤管理（附錄）

MDR/XDR-TB 新案疫情調查表

指標個案資料

姓名：

訪談人員姓名：

出生年月日：(通報年齡：)

出生地：

台灣

非台灣

外籍配偶

，國家為

最高畢業學歷(依同等學力)：

不詳

國中

小學

國中

高中職/五專/二專

大學(含四技、二技)

研究所(含)

以上

工作狀況：

無

情況為

，

學生(學校)

：

退休

失業(最近一個公司)

：·最後工作日期：//

其他

身分證號：

評估日期：

性別：

男

女

婚姻狀況：

已婚

離婚

喪偶

分居

未婚

同居

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

目前結核病症狀

目前結核病症狀為(可複選)：

無

咳嗽

咳血

夜間盜汗

體重減輕

痰

食慾差

發燒

長期疲憊/不舒服

胸悶胸痛

其他

最早開始有症狀日期：//

臨床MDRTB之菌株或檢體臨床發報告日期: 日期//

CXR檢查：

無

有

，日期//結果：

異常有空洞

異常無空洞

異常但與結核無關

正常

未知

塗片檢驗：

無

有

，檢體來源：

痰液

支氣管鏡沖洗採集之檢體

胃液

其他

日期

//結果：

陽性

陰性

培養檢驗：

無

有

，檢體來源：

痰液

支氣管鏡沖洗採集之檢體

胃液

其他

日期

//結果：

陽性

結核分枝桿菌

陽性

非結核分枝桿菌

陰性

未確定

做過TST檢驗：

無

不明或未知

有

，日期//結果：

陽性

(mm)

陰性

做過QFT檢驗：

無

不明或未知

有

，日期//結果：

陽性

陰性

未確定

MDRTB藥物治療後痰培養有無陰轉：開始治療日期：//

無

，原因為：

死亡

日期：//

未驗

尚未陰轉

有兩套陰性結果(需間隔30天以上)

·第一套日期//檢體來源：

痰液

支氣管鏡沖洗採集之檢體

胃液

其他

結果：

陽性

結核分枝桿菌

陽性

非結核分枝桿菌

陰性

未確定

20. 可傳染期：____/____/____ 至 ____/____/____

21. 完成潛伏結核感染治療處方證明？ ☐ 無
☐ 有，日期 ____/____/____ 至 ____/____/____，藥物 ____，每日 ____ 顆

危險因子(可複選)

22. 醫療相關：☐ 無
體重：____ 公斤 ☐ 是，包含 ☐ 高血壓 ☐ 藥物濫用(毒品) ☐ 矽肺病 ☐ 曾患有結核病 ☐ 胃切除手術/腸造瘻 ☐
身高：____ 公尺 ☐ 酗酒 ☐ 肝病 ☐ 懷孕或產後婦女 ☐ 免疫抑制治療 ☐ 癌症(位置：____)
BMI: ____ ☐ 透析/腎衰竭 ☐ BMI < 20 ☐ 其他 _____

23. HIV 相關：☐ 是否為 HIV 感染者？ ☐ 是 ☐ 否
危險因子評估：
☐ 無 HIV 危險因子 ☐ 血友病 ☐ 曾在於 1988 年前輸血
☐ 有，包含 ☐ 男性間性行為 ☐ 無保護措施之性行為或多重性伴侶 ☐ 曾與人共用針具或稀釋液注射毒品
☐ 母子垂直感染或有此風險 ☐ 曾與 HIV 感染者有性行為

24. 最近 HIV 檢驗結果：☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未驗 日期：____/____/____

25. 族群相關：☐ 無
☐ 是，指標個案為(複選)
☐ 結核病個案接觸者 ☐ 近 5 年內由境外移入 ☐ 原住民
☐ 外籍勞工(或配偶) ☐ 學生(請填校園環境評估) ☐ 臨時工(請填工作環境評估)
☐ 遊民、街友 ☐ < 5 歲
個案曾有以下狀況(複選，不限時間，含目前)
☐ 是受刑人或收容人(曾經收押於看守所) ☐ 居住於長期照護安養中心 ☐ 居住於學生宿舍
☐ 待過遊民收容所 ☐ 是遊民收容所工作者(請填工作環境評估) ☐ 是矯正機關工作者(請填工作環境評估)
☐ 是醫療院所工作者(請填工作環境評估) ☐ 其他 _____
(任一上項有勾選者，請在此欄填寫出確切的地點及時間)

26. 曾與疑似多重抗藥性結核病個案相處：☐ 無 ☐ 有，日期 ____/____/____ 至 ____/____/____
地點場所：☐ 家庭內 ☐ 機構內(不含醫療院所) ☐ 醫療院所 ☐ 其他 _____ ☐ 系統勾稽取得

27. 國外居住史：☐ 無 ☐ 有(中國大陸，日期 ____/____/____ 至 ____/____/____；其他國家：____，日期 ____/____/____ 至 ____/____/____)

28.居住環境評估(可傳染期為主)

居住時間	住家型態	暴露時間 (以下擇一填寫即可)	人數估計	居住地址
____/____/____~____/____/____	☐ 獨立套房(無公設) ☐ 隔間套房(有公設)/共租公寓/宿舍 ☐ 一般家庭(二房一廳以上之家庭) ☐ 人口密集機構(無隔間) ☐ 人口密集機構(有隔間) ☐ 其他場所(如個案為遊民)	每(○天○週○月)____小時 累積共計____小時	居住總人數____人	郵遞區號(____) 市(縣) 區(鄉鎮市) 里(村) 巷 弄 路 號 樓 室

29.工作環境評估(發病日往前推兩年之工作環境均須填列)

工作時間	工作環境名稱(分店名請詳填):	性質	工作處地址	聯絡人姓名	聯絡人電話
____/____/____~____/____/____		☐ 全職 ☐ 兼職 ☐ 打工	郵遞區號(____) 市(縣) 區(鄉鎮市) 里(村) 巷 弄 路 號 樓 室		
____/____/____~____/____/____					
工作型態					
(○流動性工作)請加填工作環境評估	暴露時間 (以下擇一填寫即可)	人數估計	空調	通風	陽光 (大眾運輸不計)
☐ 幼兒教保人員/校園工作者 (請加填校園環境評估) ☐ 零售/商業/餐飲服務業 ☐ 辦公室/專業人員 ☐ 醫事人員(含看護)/家庭照顧(保姆) ☐ 建築營造 ☐ 戶外 ☐ 其他	每(○天○週○月)____小時 累積共計____小時	同廠區(棟)總人數____人 同暴露環境____人 半徑5m內____人	☐ 空調(有換氣) ☐ 空調(無換氣) ☐ 無空調 ☐ 未知	☐ 窗戶開啟 ☐ 窗戶緊閉/ 無窗 ☐ 未知	☐ 無 ☐ 有 每週共乘____ 小時

30.休閒環境評估(發病日往前推兩年)(含教會、道場、社團、志工團體、KTV、運動場所等)

為戶外場所只需填寫活動時間、休閒空間型態、暴露時間、人數估計-同行人數

活動時間	休閒環境名稱(分店名請詳填):	休閒處地址	聯絡人姓名	聯絡人電話
____/____/____~____/____/____		郵遞區號(____) 市(縣) 區(鄉鎮市) 里(村) 巷 弄 路 號 樓 室		
休閒空間型態				
暴露時間 (以下擇一填寫即可)	人數估計	空調	通風	陽光
☐ 密閉型室內空間 ☐ 開放型室內空間 ☐ 戶外場所 備註: _____	同行者人數____人(不含個案) 室內工作人員人數____人 固定顧客、會員人數____人	☐ 空調(有換氣) ☐ 空調(無換氣) ☐ 無空調 ☐ 未知	☐ 窗戶開啟 ☐ 窗戶緊閉/無窗 ☐ 未知	☐ 有 ☐ 無

接觸者調查(名單另附)：

個案	接觸者身分	接觸者應檢人數	第一次 CXR 檢查結果					TST/ IGRA 完成數 /%	TST/ IGRA 陽性人 數/%	備註
			完成 數 /%	正常 數/%	異常 (疑 似結 核) 數/%	異常無 關結核 數/%	其他異常 應追蹤數 (含肺浸 潤) /%			
	家戶									
	同住 (室 友)									
	班級									
	社團									
	校車									
	校園									
	職場									
	小於 13 歲									

MDR/XDRTB 新案疫情調查結果總評

個案基本資料:

姓名: 身分證號: 基因型別:

壹. 衛生局所感染源追蹤報告:

一、同基因型別間流病調查:

二、可能是感染源之族群或地點(如補習班):

三、預定公共衛生介入措施:

填表人/主辦人/單位主管:

填表日期:

衛生局: 主辦人 / 科長/局長

填表日期:

貳. 區管中心審查結果及建議事項:

主辦人/ 防疫醫師/科長/副主任/主任

填表日期:

10

結核病接觸者追蹤管理（附錄）

TB 接觸者就醫轉介單

請協助事項：☐接觸者檢查¹(ICD10：Z20.1)：☐胸部 X 光檢查 ☐IGRA ☐TST
☐潛伏結核感染治療評估(ICD10：R76.1)

一、接觸者資料	
基本資料	姓名：_____ 管理單位：_____縣/市_____鄉鎮市區 性別： ☐ 男 ☐ 女 身分證字號：_____ 出生：_____年_____月_____日 卡介苗疤痕： ☐ 無 ☐ 有 免疫不全狀況： ☐ 無 ☐ 有 肝毒性風險族群 ² ： ☐ 否 ☐ 是：_____ 結核病症狀： ☐ 無 ☐ 咳嗽 ☐ 咳血 ☐ 咳痰 ☐ 發燒 ☐ 胸痛 ☐ 食慾差 ☐ 體重減輕 接觸者風險評估得分：_____分 (未滿 5 歲接觸者適用，衛教內容請參考手機 APP 內容)
	接觸者檢查結果
臨床建議	1. 胸部 X 光檢查檢查結果：檢查日期_____年_____月_____日 ☐ 正常 ³ ☐ 異常無關結核，註：_____ ☐ 疑似肺結核(請依傳染病防治法第 39 條進行通報)： ☐ 異常，無空洞 ☐ 異常，有空洞 ☐ 異常，肺浸潤(請繼續追蹤至排除結核病) 2. IGRA 日期_____年_____月_____日，結果： ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不確定 ☐ 不確定(mitogen<0.5) 試劑： ☐ QFT ☐ T-SPOT 3. TST 第 1 次：_____年_____月_____日，結果：_____mm (免疫不全時，TST 判讀標準為 5mm) 第 2 次：_____年_____月_____日，結果：_____mm 5 歲(含)以上接觸者，請進行 IGRA；未滿 5 歲接觸者，請進行 TST。 第 1 次 TST 請於接檢起始日起 1 個月內完成；IGRA 或第 2 次 TST 請於終止有效暴露 8 週後完成。
	臨床建議
1. 接觸者檢查結果建議： ☐ 繼續追蹤 ☐ TB 治療 ☐ 其他建議：_____ 2. 潛伏結核感染治療評估建議： ☐ 需進行潛伏結核感染治療(Treatment of LTBI)： ☐ 3HP ☐ 9H (請確認接觸者最近 1 個月內胸部 X 光已排除活動性結核病) ☐ 需進行預防性投藥(prophylaxis)，並於 8 週後完成 TST ☐ 家屬(本人)拒絕 ☐ 暫不需進行治療：_____ ☐ 其他建議：_____ 醫院名稱：_____ 回復醫師簽章：_____ 連絡電話：_____	

二、指標個案資料(提供接觸者風險評估參考)		
TB 總編號：_____	性別： ☐ 男 ☐ 女	來自 TB 高盛行區： ☐ 是 ☐ 否
採檢日期	痰塗片(NAA 檢驗)	痰培養(鑑定)
第一套_____年_____月_____日	☐ 陰性 ☐ 陽性(_____) ☐ 已驗未出	☐ 陰性 ☐ 陽性(_____) ☐ 已驗未出
第二套_____年_____月_____日	☐ 陰性 ☐ 陽性(_____) ☐ 已驗未出	☐ 陰性 ☐ 陽性(_____) ☐ 已驗未出
第三套_____年_____月_____日	☐ 陰性 ☐ 陽性(_____) ☐ 已驗未出	☐ 陰性 ☐ 陽性(_____) ☐ 已驗未出
胸部 X 光檢查結果：_____年_____月_____日 ☐ 有空洞 ☐ 無空洞；	單純肺外： ☐ 是 ☐ 否	抗藥性： ☐ 無 ☐ INH ☐ RMP ☐ 未知
抗結核藥物 ☐ 已用：_____年_____月_____日 ☐ 未用		

開立單位：_____縣(市)_____衛生所 日期：_____年_____月_____日
 連絡人：_____ 連絡電話：_____

備註：

1. 接觸者檢查(胸部 X 光檢查、IGRA 抽血檢查、TST 施針)及後續回診看報告(胸部 X 光報告、IGRA 檢查報告、TST 判讀結果)，均可使用本轉介單以減免部分負擔，故本轉介單最多可使用 2 次。
2. 35 歲以上成人、肝硬化、慢性肝炎或肝病變、酒癮、注射藥癮者、HIV 感染者、孕婦及產後 3 個月婦女即為肝毒性風險族群，須於治療前先檢查肝功能。
3. 檢查結果正常者，倘日後出現異常呼吸道症狀或咳嗽超過 2 週，應儘速就醫檢查，並告知醫師接觸史。

第一聯：醫療院所轉介單檢查結果黏貼於個案病歷上 ※倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生所或撥打免付費電話：1922。

10

結核病接觸者追蹤管理(附錄)

團體接觸者檢查各相關單位工作事項（以校園為例）

指標個案 管理單位	校 園 轄 區 衛生管理單位 (主要接觸者 管理單位)	其他接觸者管 理單位—接觸 者居住地之衛 生管理單位	工作項目
☐			1. 確認指標為確診個案後，進行個案面訪及接觸者調查事宜。
☐			2. 於訪談間釐清個案可傳染期，並了解於可傳染期間在校園可能之接觸者對象或範圍。
☐			3. 訪談瞭解個案生活史，若為跨轄區校園，聯絡【校園轄區衛生管理單位】協助進行疫情調查。
	☐		4. 接獲跨轄區申請協助疫情調查後，連絡學校主管及校護，給予衛教並尋求對接檢之支持和告知必須依傳染病防治法保護個案隱私。
	☐		5. 對校園進行環境、通風換氣等評估，了解有無中央空調、平常開窗情形、室內是否空氣流通、教室大小及其平常容納學生量、學生座位間距等。
	☐		6. 與校方索取個案必選修課程表、修課同學清單、社團名單、住宿及其他符合接檢名單等，並核對校方所提供名單的正確性及完整性。
	☐		7. 將下列資料轉提供給【指標個案管理單位】： A. 校園環境評估結果。 B. 必選修課程表、修課同學清單、社團名單、住宿及其他符合接檢名單等。
☐			8. 依指標個案可傳染期、校園環境評估結果、課表及相關接觸者名單，計算暴露時數。若對上述資料產生疑異，應立即與【校園轄區衛生管理單位】確認。
☐			9. 確認應進行接觸者名單後，登錄名單於中央傳染病追蹤管理系統中。
	☐		10. 於中央追蹤管理系統中辦理接觸者登記作業，確認相關資料之正確性及完整性。
	☐		11. 通知校方應檢之接觸者名單及公衛端應儘速完成說明會的期限，協調出適當的日期時間，要求校方進行通知並掌握接觸者(未滿 20 歲之未成年應以監護人或法定代理人)出席狀況。
	☐		12. 衛教說明會前準備事項： A. 確認接觸者說明會時間及地點。 B. 安排講者及工作人員。 C. 取得學生及家屬完整的通訊資料。

指標個案 管理單位	校 園 轄 區 衛生管理單位 (主要接觸者 管理單位)	其他接觸者管 理單位—接觸 者居住地之衛 生管理單位	工作項目
	☐		13. 召開校園內接觸者說明會，應準備事項： A. 進行接觸者衛教。 B. 接檢項目、時間及地點說明。 C. 若非進行集體檢驗者，則另提供「結核病接觸者轉介單」。 D. 請校方進行出席者簽名並核對學生及家長出席狀況。
	☐		14. 若接觸者未參加說明會，應經由學校或其他管道取得家屬和學生完整的通訊資料，以電話(或家訪或書面)進行個別接檢衛教、發放衛教單張及接觸者檢查通知書(以回條證明)及結核病接觸者轉介單。
	☐		15. 接觸者依規定進行接觸者檢查，因故未完成者，應持轉介三聯單於一週內完成。
	☐		16. 對校園內之接觸者，若 X 光異常或需進行 LTBI 治療者，應事前與醫療端、衛生局和分局進行溝通準備： A. 擬妥轉介的合作醫師名單。 B. 決定由衛生所或某些醫師集中醫療服務。
	☐		17. 於接觸者檢查結果出爐一週內，進行下列事項： A. 通知接觸者檢查結果； B. 對 X 光異常之接觸者，轉介至 TB 治療醫師評估； C. 對需進行 LTBI 治療之接觸者，轉介至 LTBI 治療醫師評估； D. 將接觸者檢查結果之書面資料、轉介情形、檢查通知書回條(集體衛教及個別衛教)、校園內接觸者說明會簽到表及相關資訊等自行留存，並將接觸者檢查結果及初次 LTBI 治療情形，登錄於中央傳染病追蹤管理系統中。
		☐	18. 若接觸者已離校且居住地非為校園所在地，【接觸者居住地之衛生管理單位】，應於中央追管系統辦理接觸者登記作業。
		☐	19. 提供接觸者衛教、接觸者追蹤檢查、轉介 LTBI 治療評估，並於中央傳染病追蹤管理系統登錄相關檢查結果及 LTBI 治療情形。
		☐	20. 對於進行 LTBI 治療者提供 DOPT 服務。

結核病接觸者檢查通知書 (一般接觸者適用)

敬啟者：

您好！依據疫情調查結果顯示，您(或貴子弟)曾暴露結核菌，為了您的健康並依「傳染病防治法」第四十八條規定，對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，應配合衛生單位進行相關追蹤檢查。

壹、檢查方式：

- 一、所有接觸者均進行胸部 X 光檢查。
- 二、倘為需接受潛伏結核感染治療評估之接觸者，需再加作潛伏結核感染檢驗。

貳、結核病衛教及相關檢查：

一、結核病衛教：

結核病是藉由空氣傳染(air-borne infection)的疾病，早期症狀並不明顯，常見咳嗽(特別是 2 週以上)、發燒、食慾不振、體重減輕、倦怠、夜間盜汗、胸痛等症狀。有些個案是因為接受體檢才被發現，也有很多個案在初期被當作一般感冒治療。最常見的感染者是與傳染性個案同住一屋或較為親近的密切接觸者。

一般人受到感染後，終其一生約有 10% 的發病機會，距離受感染的時間愈近，發病機會愈大；倘年紀很小就受到感染，累積下來的一生發病風險就會大於 10%，而且終生有發病的可能性。我們建議，倘您咳嗽超過 2 週，即可向專科醫師求診，並告知醫師自己曾是結核病人的接觸者，以提供醫師完整的診療訊息。

二、胸部 X 光檢查：主要了解是否罹患結核病。

※第 1 次胸部 X 光檢查時間：____年____月____日。

※第 12 個月胸部 X 光檢查時間：____年____月。(確切日期屆時再行通知)

三、潛伏結核感染檢驗：

主要了解是否感染結核菌，為了更準確地評估您(或貴子弟)是否受感染，未滿 5 歲接觸者須進行結核菌素測驗，5 歲(含)以上接觸者須進行 IGRA 檢查，以提供醫師綜合性判斷的參考依據，提升您(或貴子弟)後續治療的效益。

(一)結核菌素測驗：

會於左前手臂內側進行本測驗，注射點針孔極小，無需敷藥或覆蓋紗布，注射後即可正常活動，其後必須於 48 至 72 小時內由專業人員記錄反應；本測驗促發過敏性休克的可能性微乎其微，少數人在注射部位會產生輕微紅腫或潰瘍，這是免疫反應的現象，類此輕微反應通常毋須治療，只要保持清潔乾燥即可；極少數的人在注射後產生皮疹、搔癢、紅腫或起水泡情形。

※結核菌素測驗時間：____年____月____日為您(或貴子弟)進行檢驗，
並於____年____月____日為您(或貴子弟)進行判讀結果。

（二）IGRA 檢查：

本項檢查會由醫事人員以無菌技術為您（或貴子弟）抽血，血液檢體約為 3 CC，預定的抽血時間如下：

※IGRA 檢查抽血時間：____年____月____日。

參、後續追蹤：

一、在未來一年內，建議依衛生單位安排的時間，進行必要的胸部 X 光檢查，並請持續進行『自我健康監測』。胸部 X 光檢查異常者，若有發病的懷疑，醫師會進一步安排細菌學檢查並提供追蹤治療服務。

二、進行潛伏結核感染治療評估者：

（一）衛生所人員會將您（或貴子弟）轉介至潛伏結核感染治療專業的醫師，評估是否接受潛伏結核感染治療。

（二）醫師會給您（或貴子弟）身體健康檢查後，根據您（或貴子弟）的年齡、接觸的風險、潛伏結核感染檢驗結果與胸部 X 光檢查，綜合研判您（或貴子弟）是否為潛伏結核感染。

（三）無症狀的結核病感染者與結核病個案不同，對於周遭的正常人是沒有傳染力的，故對篩檢出無症狀的感染者無需驚慌，只要配合檢查及適當治療，即可提供兒童及青少年高達 97% 的保護力，成人亦可達 70% 以上。

（四）經醫師評估需治療者，地方衛生單位會配合您（或貴子弟）的作息，由「關懷員」協助提供每日親自送藥關懷的服務，以達到每日服藥不忘記，安全地完成治療，以發揮潛伏結核感染治療最大效益。

肆、法規規範：

依據「傳染病防治法」第四十八條第一項規定，主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。違反者除逕行強制處分外，並得處新台幣六萬元以上三十萬元以下之罰鍰。為維護您（或貴子弟）自身的健康，請配合當地衛生主管機關進行接觸者檢查事宜。

伍、聯絡方式：

本份檢查通知書已由_____衛生所（局）的承辦人_____為您說明，若您對於接觸者檢查等事項仍有疑問，請撥打電話：_____與衛生所聯繫，工作人員將儘速為您說明處理。此外，倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生所或撥打免付費電話：1922。



衛生福利部疾病管制署關心您的健康

結核病接觸者檢查通知書回條

本人_____（簽名）已詳閱本通知書
（若接觸者為未滿 20 歲之在學學生，其班級_____年_____班。）

家長_____（簽名）

Tuberculosis Contact Notification

(For contacts of drug susceptible TB cases)

Dear Sir/Madam:

We would like to inform you that **you were identified to have been in close contact with someone who has active tuberculosis (TB) disease.** For your health and according to Article 48 of the Communicable Disease Control Act, persons who have been exposed to patients with communicable diseases or who are suspected of being infected with communicable diseases are mandatory for required examinations.

What is TB?

Tuberculosis (TB) is an airborne disease caused by a germ called *Mycobacterium tuberculosis*. TB usually affects the lungs and the general symptoms of TB disease include the following: prolonged coughing for more than 2 weeks, loss of energy, loss of weight, poor appetite, fever, night sweats, chest pain, and coughing up blood.

What is Latent TB Infection (LTBI)?

People with latent infection have dormant (sleeping) TB germs in their body, but they do not have the symptoms of TB disease. **They cannot spread TB germs to anyone else.** However, they may develop TB disease in the near future. Overall, the risk of developing TB disease in a person with LTBI is around 10% during his/her life, and the chance of infected people developing TB disease is the greatest in the first two years after infection.

What Should I Do?

We will arrange chest X-ray for you.

- ◆ **CXR:** To evaluate if you have active TB disease.

1 st CXR appointed on (date)_____
2 nd CXR at 12 months appointed on (date)_____

We will arrange LTBI test for you if you are eligible to receive LTBI testing and treatment, including TST (for contacts younger than 5 years old) or IGRA (for contacts aged above 5 years old).

- ◆ **TST:** The most common way to tell if you have latent TB infection, which is performed by injecting 0.1 ml of PPD (purified protein derivative) into the inner surface of the forearm. A person given the skin test must return within 48 to 72 hours to record the reaction on the arm.

TST appointed on (date)_____, read on (date)_____

- ◆ **IGRA:** IGRA is a complementary examination which can determine LTBI more precisely for contacts aged above 5 years old. Professional personnel will draw a blood sample about 3CC.

IGRA appointed on (date)_____, read on (date)_____

- ◆ **Referral:** If you have a positive LTBI test or an abnormal CXR, you will be referred to a chest or infectious disease specialist for further evaluation. If you are suspected of having TB disease based on CXR results, your physician may ask you to provide sputum for further evaluation.
- ◆ **Prevention:** If you have latent TB infection but not TB disease, you are suggested to take the latent TB treatment to prevent you from developing TB disease after physician evaluation; meanwhile, we will offer directly observed preventive therapy (DOPT) to help you adhere to treatment and monitor possible side effects closely.

Additional Information

- ◆ Please remember to receive chest X-ray examination as scheduled.
- ◆ Keep monitoring your health status, if you had TB symptoms, please seek medical care immediately and inform your doctor of the history of TB exposure.
- ◆ Provide accurate contact information to your school if you just recently graduated.

Thank you for your cooperation. If you have any questions, please do not hesitate to contact the following person.

Name: _____
 Address: _____
 Phone: _____
 Department of Health, City/County Government: _____

Receipt

I have read and understood the above information.

Name: _____

Cosigner's name: _____ (the relationship with the contact: _____)

Date: _____

If the contact's age is under 20 years old, the form must be cosigned by his/her legal representative.

結核病接觸者檢查通知書 (抗藥指標個案之接觸者適用)

敬啟者：

您好！據調查，台端（貴子弟）曾暴露具有 INH（藥名，全名 Isoniazid）抗藥性之結核菌，依據傳染病防治法第四十八條規定，對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，應配合衛生單位進行相關追蹤檢查。

壹、檢查方式：

- 一、所有接觸者均進行胸部 X 光檢查。
- 二、部分接觸者需再加作潛伏結核感染檢驗。

貳、結核病衛教及相關檢查：

一、結核病衛教：

結核病是藉由空氣傳染(air-borne infection)的疾病，早期症狀並不明顯，常見咳嗽（特別是 2 週以上）、發燒、食慾不振、體重減輕、倦怠、夜間盜汗、胸痛等症狀。有些個案是因為接受體檢才被發現，也有很多個案在初期被當作一般感冒治療。最常見的感染者是與傳染性個案同住一屋或較為親近的密切接觸者。

一般人受到感染後，終其一生約有 10% 的發病機會，距離受感染的時間愈近，發病機會愈大；倘年紀很小就受到感染，累積下來的一生發病風險就會大於 10%，而且終生有發病的可能性。我們建議，倘您咳嗽超過 2 週，即可向專科醫師求診，並告知醫師自己曾是抗藥性結核病人的接觸者，以提供醫師完整的診療訊息。

二、胸部 X 光檢查：主要了解是否罹患結核病。

※第 1 次胸部 X 光檢查時間：____年____月____日。

※第 2 次胸部 X 光檢查時間：____年____月。(確切日期屆時再行通知)

三、潛伏結核感染檢驗：

主要了解是否感染結核菌，為了更準確地評估您（或貴子弟）是否受感染，未滿 5 歲接觸者需進行結核菌素測驗，5 歲(含)以上接觸者需進行 IGRA 檢查，以提供醫師綜合性判斷的參考依據。

(一) 結核菌素測驗：

會於左前手臂內側進行本測驗，注射點針孔極小，無需敷藥或覆蓋紗布，注射後即可正常活動，其後必須於 48 至 72 小時內由專業人員記錄反應；本測驗促發過敏性休克的可能性微乎其微，少數人在注射部位會產生輕微紅腫或潰瘍，這是免疫反應的現象，類此輕微反應通常毋須治療，只要保持清潔乾燥即可；極少數的人在注射後產生皮疹、搔癢、紅腫或起水泡情形。

※結核菌素測驗時間：____年____月____日為您（或貴子弟）進行檢驗，

並於____年____月____日為您（或貴子弟）進行判讀結果。

（二）IGRA 檢查：

本項檢查會由醫事人員以無菌技術為您（或貴子弟）抽血，血液檢體約為 3 CC，預定的抽血時間如下：

※IGRA 檢查抽血時間：____年____月____日。

參、後續追蹤：

- 一、在未來一年內，建議依衛生單位安排的時間，進行必要的胸部 X 光檢查，並請持續進行『自我健康監測』。胸部 X 光檢查異常者，若有發病的懷疑，醫師會進一步安排細菌學檢查並提供追蹤治療服務。
- 二、如果咳嗽超過 2 個禮拜或有前述症狀，應主動戴口罩且立即就醫。向專科醫師求診時，請『主動』提醒醫師：「我曾經是抗藥性結核病人的接觸者」。
- 三、養成健康的生活習慣，維持較佳免疫力，降低結核菌活化造成發病的可能。
- 四、無症狀的結核病感染者與結核病個案不同，對於周遭的正常人是沒有傳染力的，故對篩檢出無症狀的感染者無需驚慌。雖因為抗藥關係，目前不建議使用已知抗藥的 INH 進行潛伏結核感染治療來預防發病，但若將來結核病發病，我們仍有其他有效的藥物治療，故請務必持續配合衛生單位檢查及自我健康監測。

肆、法規規範：

依據「傳染病防治法」第四十八條第一項規定，主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。違反者除逕行強制處分外，並得處新台幣六萬元以上三十萬元以下之罰鍰。為維護您（或貴子弟）自身的健康，請配合當地衛生主管機關進行接觸者檢查事宜。

伍、聯絡方式：

本份檢查通知書已由_____衛生所（局）的承辦人_____為您說明，若您對於接觸者檢查等事項仍有疑問，請撥打電話：_____與衛生所聯繫，工作人員將儘速為您說明處理。此外，倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生所或撥打免付費電話：1922。



衛生福利部疾病管制署關心您的健康

結核病接觸者檢查通知書回條

本人_____（簽名）已詳閱本通知書
（若接觸者為未滿 20 歲之在學學生，其班級_____年_____班。）

家長_____（簽名）

Tuberculosis Contact Notification (For contacts of INH -resistant TB cases)

Dear Sir/Madam:

We would like to inform you that **you were identified to have been in close contact with someone who has INH drug-resistant tuberculosis (TB) disease. Hence, it is important for you to receive a chest X-ray (CXR) and LTBI test (IGRA or TST).** Further, according to Article 48 of the Communicable Disease Control Act, persons who have been exposed to patients with communicable diseases or who are suspected of being infected with communicable diseases are mandatory for required examinations.

What is TB?

Tuberculosis (TB) is a disease caused by a germ called *Mycobacterium tuberculosis* that is spread from person to person through the air. TB usually affects the lungs and the general symptoms of TB disease include feelings of general weakness, weight loss, loss of appetite, fever, night sweats, prolonged coughing, chest pain, or the coughing up of blood.

What is Latent TB Infection (LTBI)?

Persons with latent infection have dormant (sleeping) TB germs in their body, but they do not have the symptoms of TB disease. **They cannot spread TB germs to anyone else.** However, they may develop TB disease in the future. Overall, the risk of developing TB diseases in a person with LTBI is around 5-10% in his/her lifetime, and in the possibility of LTBI turning into TB disease is the highest during the first two years after getting infected.

What does INH drug-resistance mean?

INH is one of anti-TB drugs used to treat TB disease and prevent LTBI from progressing to TB. When TB germs develop resistance to INH, it means that the treatment of INH is not effective against the TB germs. Therefore, INH will not be recommended for LTBI treatment in persons who have been exposed to infectious patients with INH-resistant TB.

What Should I Do?

We will arrange CXR and LTBI test for you.

- ◆ **CXR:** To evaluate if you have active TB disease.

1st CXR appointed on (date) _____
2nd CXR at 12 months appointed on (date) _____

- ◆ **TST:** The most common way to tell if you have latent TB infection, which is performed by injecting 0.1 ml of fluid (purified protein derivative) into the skin of the arm. A person given the skin test must return within 48 to 72 hours to record the reaction on the arm.

1st TST injection appointed on (date) _____, read on (date) _____
2nd TST injection appointed on (date) _____, read on (date) _____

- ◆ **IGRA:** IGRA is a complementary examination which can determine LTBI more precisely for contacts aged above 5 years old. Professional personnel will draw a blood sample about 3CC.

IGRA appointed on (date) _____, read on (date) _____

- ◆ **Referral:** If you have a positive LTBI test or an abnormal CXR, you will be referred to chest or infectious disease specialist for further evaluation. If you are suspected of having TB disease based on CXR results, your physician may check your sputum for further diagnosis.

Additional Information

- ◆ Please remember to receive chest X-ray examination as scheduled.
- ◆ Please keep monitoring your health status, if you had TB symptoms, please seek medical care immediately and inform your doctor of the history of INH-resistant TB contact.
- ◆ Maintaining your personal hygiene and a regular exercise routine would prevent the LTBI from progressing to active TB.
- ◆ Provide accurate contact information to your school if you just recently graduated.

Thank you for your cooperation. If you have any questions, please feel free to contact the following person.

Name: _____
Address: _____
Phone: _____
Department of Health, City/County Government: _____

Signature

I have read and understood the above information

Signature: _____

Print Name: _____

Date: _____

If the contact's age is less than 20 years old, the form must be cosigned by his/her legal representative.

結核病接觸者衛教單張

敬啟者：

您好！依據疫情調查結果顯示，您(或貴子弟)曾暴露結核菌，為了您的健康並依「傳染病防治法」第四十八條規定，對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，應配合衛生單位進行相關追蹤檢查。

壹、檢查方式：

- 一、所有接觸者均進行胸部 X 光檢查。
- 二、倘為需接受潛伏結核感染治療評估之接觸者，需再加作潛伏結核感染檢驗。

貳、結核病及相關檢查介紹：

一、結核病：

結核病是藉由空氣傳染(air-borne infection)的疾病，早期症狀並不明顯，常見咳嗽(特別是 2 週以上)、發燒、食慾不振、體重減輕、倦怠、夜間盜汗、胸痛等症狀。有些個案是因為接受體檢才被發現，也有很多個案在初期被當作一般感冒治療。最常見的感染者是與傳染性個案同住一屋或較為親近的密切接觸者。

一般人受到感染後，終其一生約有 10% 的發病機會，距離受感染的時間愈近，發病機會愈大；倘年紀很小就受到感染，累積下來的一生發病風險就會大於 10%，而且終生有發病的可能性。我們建議，倘您咳嗽超過 2 週，即可向專科醫師求診，並告知醫師自己曾是結核病人的接觸者，以提供醫師完整的診療訊息。

無症狀的結核感染(又稱潛伏結核感染)與結核病並不相同，潛伏結核感染者對於周遭的人是沒有傳染力的，故對於篩檢出無症狀的感染者無須害怕，只要配合檢查及適當治療，即可以避免成為發病的結核病患。目前一項國內的統計顯示，完整的 INH 9 個月治療加上每日服藥的「都治」服務，可以提供兒童及青少年高達 97% 的保護力，成人亦可達 70% 以上。

二、相關檢查介紹：

- (一) 胸部 X 光檢查：主要了解是否罹患結核病，您(或貴子弟)可持衛生單位開立的「TB 接觸者就醫轉介單」至中央健康保險署特約醫療院所/專科醫師門診就醫/檢查；倘為團體單位，衛生單位將協調日程派 X 光巡檢車至定點，提供檢查服務。
- (二) 潛伏結核感染檢驗：包含結核菌素測驗及丙型干擾素釋放試驗(IGRA)，主要了解是否感染結核菌。
 1. 結核菌素測驗：您(或貴子弟)會由護理人員協助於左前手臂內側進行結核菌素測驗，注射點針孔極小，無需敷藥或覆蓋紗布，注射後即可正常活動，其後必須於 48 至 72 小時內由專業的人員記錄測驗的反應；結核菌素測驗會促發受測者過敏性休克的可能性微乎其微，少數人在注射部位會產生輕微紅腫或潰瘍的情形，這是免疫反應的現象，類此輕微反應通常毋須治療，只要保持清潔乾燥即可；極少數的人在注射後產生皮疹、搔癢、紅腫或起水泡情形。
 2. IGRA 檢查：5 歲(含)以上接觸者進行 IGRA 檢查可以更準確地評估您(或貴子弟)是否受結核菌感染，以提供醫師綜合性判斷的參考依據，提供您(或貴子弟)後續治療的效益。本檢查會由醫事人員以無菌技術為您(或貴子弟)抽血，體積約為 3cc。

三、後續追蹤及注意事項：

- (一) 一般接觸者追蹤：胸部X光檢查異常者，若有發病的懷疑，醫師會進一步安排細菌學檢查並提供追蹤治療服務。
- (二) 潛伏結核感染治療評估：
 1. 衛生所個案管理人員會先確認您(或貴子弟)是否為符合納入潛伏結核感染治療之接觸者，倘符合條件，則會將您(或貴子弟)轉介至潛伏結核感染之治療合作醫師，評估是否接受為期9個月的潛伏結核感染治療。
 2. 醫師會提供您(或貴子弟)身體健康檢查後，根據您(或貴子弟)的年齡、接觸的風險、潛伏結核感染檢驗結果與胸部X光檢查，綜合評估您(或貴子弟)是否需要進行潛伏結核感染治療。
 3. 經醫師評估需治療者，地方衛生單位會配合您(或貴子弟)的作息，由「關懷員」協助提供每日親自送藥關懷的服務，以達到每日服藥不忘記，安全地完成治療，以發揮潛伏結核感染治療最大效益。
 4. 胸部X光檢查異常者，若有發病的懷疑，醫師會進一步安排細菌學檢查並提供追蹤治療服務。

四、其他注意事項：

- (一) 在未來一年內，建議依衛生單位安排的時間，進行必要的**胸部X光檢查**，並請持續進行『**自我健康監測**』：如果咳嗽超過2週或有前述症狀，應主動配戴口罩且立即就醫，向專科醫師求診時，請『**主動**』提醒醫師：「我曾經是傳染性結核病人的接觸者」。
- (二) 養成健康的生活習慣，維持較佳的免疫力，降低結核菌活化造成發病的可能。
- (三) 胸部X光檢查異常者，若有發病的懷疑，醫師會進一步安排細菌學檢查並提供追蹤治療服務。
- (四) 在校（學）之學生請於畢業時提供**正確聯絡資訊**給校方，以便就近的衛生單位為您服務、安排檢查。
- (五) 本份衛教單張已由_____衛生所（局）的承辦人_____為您說明，若您對於接觸者檢查等事項仍有疑問，請撥打連絡電話：_____與衛生所聯繫，工作人員將儘速為您說明處理。此外，倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生所或撥打免付費電話：1922。

參、法規規範：

依據「傳染病防治法」第四十八條第一項規定，主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。違反者除逕行強制處分外，並得處新台幣六萬元以上三十萬元以下之罰鍰。為維護您自身的健康，請配合當地衛生主管機關進行接觸者檢查事宜。

敬祝 身體健康 闔家平安

如有任何相關問題 歡迎洽詢地方衛生局所



衛生福利部疾病管制署關心您的健康

結核病接觸者衛教單張 (抗藥指標個案之接觸者適用)

敬啟者：

您好！據調查，台端（貴子弟）曾暴露具有 INH（藥名，全名 Isoniazid）抗藥性之結核菌，依據傳染病防治法第四十八條規定，對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，應配合衛生單位進行相關追蹤檢查。

壹、檢查方式：

所有接觸者均需進行胸部 X 光檢查，部分接觸者另需執行潛伏結核感染檢驗。

貳、結核病及相關檢查介紹：

一、結核病：

結核病是藉由空氣傳染(air-borne infection)的疾病，早期症狀並不明顯，常見咳嗽(特別是 2 週以上)、發燒、食慾不振、體重減輕、倦怠、夜間盜汗、胸痛等症狀。有些個案是因為接受體檢才被發現，也有很多個案在初期被當作一般感冒治療。最常見的感染者是與傳染性個案同住一屋或較為親近的密切接觸者。

一般人受到感染後，終其一生約有 10% 的發病機會，距離受感染的時間愈近，發病機會愈大；倘年紀很小就受到感染，累積下來的一生發病風險就會大於 10%，而且終生有發病的可能性。我們建議，倘您咳嗽超過 2 週，即可向專科醫師求診，並告知醫師自己曾是抗藥性結核病人的接觸者，以提供醫師完整的診療訊息。

無症狀的結核感染(又稱潛伏結核感染)與結核病並不相同，潛伏結核感染者對於周遭的人是沒有傳染力的，故對篩檢出無症狀的感染者無需驚慌。雖然因為抗藥關係，目前不建議使用已知抗藥的 INH 進行潛伏結核感染治療來預防發病，但若將來結核病發病，我們仍有其他有效的藥物治療，故請務必持續配合衛生單位檢查及自我健康監測。

二、相關檢查介紹：

(一) 胸部 X 光檢查：主要了解是否罹患結核病，您(或貴子弟)可持衛生單位開立的「TB 接觸者就醫轉介單」至中央健康保險署特約醫療院所/專科醫師門診就醫/檢查；倘為團體單位，衛生單位將協調日程派 X 光巡檢車至定點，提供檢查服務。

(二) 潛伏結核感染檢驗：包含結核菌素測驗及丙型干擾素釋放試驗(IGRA)，主要了解是否感染結核菌。

1. 結核菌素測驗：您(或貴子弟)會由護理人員協助於左前手臂內側進行結核菌素測驗，注射點針孔極小，無需敷藥或覆蓋紗布，注射後即可正常活動，其後必須於 48 至 72 小時內由專業的人員記錄測驗的反應；結核菌素測驗會促發受測者過敏性休克的可能性微乎其微，少數人在注射部位會產生輕微紅腫或潰

瘍的情形，這是免疫反應的現象，類此輕微反應通常毋須治療，只要保持清潔乾燥即可；極少數的人在注射後產生皮疹、搔癢、紅腫或起水泡情形。

2. IGRA檢查：5歲(含)以上接觸者進行IGRA檢查可以更準確地評估您(或貴子弟)是否受結核菌感染，以提供醫師綜合性判斷的參考依據，提供您(或貴子弟)後續治療的效益。本檢查會由醫事人員以無菌技術為您(或貴子弟)抽血，體積約為3cc。

三、其他注意事項：

- (一) 在未來一年內，建議依衛生單位安排的時間，進行必要的**胸部X光檢查**，並請持續進行『**自我健康監測**』：如果咳嗽超過2週或有前述症狀，應主動配戴口罩且立即就醫，向專科醫師求診時，請『**主動**』提醒醫師：「我曾經是抗藥性結核病人的接觸者」。
- (二) 養成健康的生活習慣，維持較佳的免疫力，降低結核菌活化造成發病的可能。
- (三) 胸部X光檢查異常者，若有發病的懷疑，醫師會進一步安排細菌的檢查並提供追蹤治療服務。
- (四) 在校（學）之學生請於畢業時提供**正確聯絡資訊**給校方，以便就近的衛生單位為您服務、安排檢查。
- (五) 本份衛教單張已由_____衛生所（局）的承辦人_____為您說明，若您對於接觸者檢查等事項仍有疑問，請撥打連絡電話：_____與衛生所聯繫，工作人員將儘速為您說明處理。此外，倘您於接檢過程中遭遇任何問題或有不公平待遇，請聯絡衛生所或撥打免付費電話：1922。

參、法規規範：

依據「傳染病防治法」第四十八條第一項規定，主管機關對於曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。違反者除逕行強制處分外，並得處新台幣六萬元以上三十萬元以下之罰鍰。為免逾越上述法規規範並維護您自身的健康，請配合當地衛生主管機關進行接觸者檢查事宜。

敬祝 身體健康 闔家平安

任何相關問題歡迎洽詢專科醫師診治或地方衛生局所



衛生福利部疾病管制署關心您的健康

○○○政府衛生局 調查事證陳述意見通知書

案號：

受通知人	姓名			
	身分證統一號碼 (國籍及護照號碼)			
	設籍或通訊住址			
案由	本局依「傳染病防治法」第四十三條於接獲結核病通報後進行調查，經查台端（或貴子弟○○○君）曾於○○○年○○月○○日至○○日間暴露結核菌(或為結核菌感染源)，故另依「傳染病防治法」第四十八條通知台端於○○○年○○月○○日前完成結核病接觸者檢查在案，惟台端迄今未完成結核病接觸者檢查。			
詢問目的	因台端（或貴子弟）未於指定期限○○○年○○月○○日之前完成接觸者檢查，本局復依「行政程序法」第三十九條條之規定，請針對未於指定期限內完成結核病接觸者檢查乙事陳述意見。			
時間	年	月 日 午 時 分		
地點				
附記	一、受通知人得（否）委託他人到場，如委託他人到場請附委任書。 二、依據傳染病防治法第四十三條第二項：「傳染病或疑似傳染病病人及相關人員對於前項之檢驗診斷、調查及處置，不得拒絕、規避或妨礙」，倘有違反情事，得依同法第六十七條第一項第三款處以罰鍰。			
○○○ 政府衛生局				
中 華 民 國 年 月 日				

10

結核病接觸者追蹤管理（附錄）

○○○政府裁處書(稿)

受文者:

發文日期:中華民國○○○年○○月○○日

發文字號:署授疾字第○○○○○號

附件:罰鍰繳款書及相關函稿

受處分人姓名或名稱:

國民身分證統一編號或國籍及護照號碼:

地址:

代表人或管理人姓名:

主旨:受處分人因未依「傳染病防治法」第四十八條第一項,於指定期限內進行結核病接觸者檢查,復依同法第六十七條第一項第四款處新臺幣(六萬元以上三十萬元以下)罰鍰。

事實:

- 一、經本府衛生局依法針對結核病患進行疫情調查,據悉受處分人於中華民國○○○年○○月○○日至○○日間,曾暴露於結核菌或為結核菌之感染者,檢附法定傳染病通報資料(附件一)。
- 二、本府衛生局業於○○年○○月○○日提供結核病接觸者檢查之相關衛生教育(附件二),並限期請受處分人進行結核病接觸者檢查事項。
- 三、本府另於中華民國○○年○○月○○日○○○字第○○○號函(附件三)通知受處分人至指定地點陳述意見,惟所陳意見核無理由(或未於所定日期至指定地點)。
- 四、經查截至○○年○○月○○日未進行結核病接觸者檢查,違反傳染病防治法第四十八條第一項之規定,爰依同法第六十七條第一項第四款之規定處新臺幣(六萬元以上三十萬元以下)罰鍰如旨。

理由及法令根據:違反傳染病防治法第四十八條第一項規定,依同法第六十七條第一項第四款規定處分。

繳款期限與地點:請於○○○年○○月○○日前,攜帶隨函所附之罰鍰繳款書(No. ○○)逕向所載之國庫經辦行繳納罰款。

注意事項：

- 一、 不服本處分者，得自本處分送達翌日起 30 日內，繕具訴願書逕送本府，並由本府函轉上級機關提起訴願。
- 二、 罰鍰逾期未繳者，將移送法務部行政執行署所屬行政執行處強制執行。
- 三、 副本抄送本府衛生局。

結核病接觸者追蹤管理（附錄）

※請繳回 000 政府衛生局（交送達機關）地址：0000000（請依交送達機關地址修正）

143

潛伏結核感染治療檢驗簡介

壹、丙型干擾素釋放試驗(Interferon-γrelease assays, IGRAs)

一、IGRA 簡介

IGRA 為一利用結核菌特異抗原在體外刺激淋巴球產生丙型干擾素，加以定量判定是否感染結核菌之技術，其相較於皮膚結核菌素測驗，較不受卡介苗及環境中之非典型分枝桿菌之影響，

二、IGRA 採血及運送注意事項：

(一) 檢驗所需採血管及檢驗試劑由疾病管制署調查後按實際需求量配送予衛生所、指定醫院及代檢實驗室。

(二) 檢驗相關費用採按件計酬方式計算，代檢實驗室每月(或另行約定)將執行人次/清冊及相關文件等資料提報予衛生局進行核銷及撥款，或向健保署申報。

(三) 採檢及送驗流程如下：

1. 衛生所公衛護士與接觸者約定時間地點或將接觸者轉介至縣市規劃之採檢點、指定醫院進行抽血，抽完血後將檢體於運送時效內送至(代檢)實驗室培養及檢驗。
2. 各縣市衛生局與轄下醫療院所合作，設立該縣市接觸者抽血據點(或 LTBI 治療指定醫院)，公衛人員將接觸者轉介至醫院進行抽血，醫院再將檢體於運送時效內送至代檢實驗室(或該醫院之實驗室)進行培養及檢驗。
3. 檢驗所使用之採血管共 3 管，Nil 對照(灰蓋)、TB 抗原(紅蓋)及 Mitogen(紫蓋)，採血管內均含抗凝劑，以無菌技術採血後，每管直接注入約 1ml 血液檢體，採血管旁的黑線標記即為 1ml 容量，採血後於運送時效內送達代檢實驗室。
4. 採血後注入順序為「灰管→紅管→紫管」，採血過程若是順序錯誤，須更換新針具重新抽血。
5. 採血方式：
 - (1) 使用「空針」採血：採集 3~4ml 的血液檢體後，請卸下針頭，再將血液注入採血管中，液面需介於管壁黑線上下界之間，體積約為 1 CC，注入時請務必注意體積，避免交錯注入採血管造成汙染而影響檢驗結果。
 - (2) 使用「真空採血針」採血：請以食指及拇指輕握採血管中後端，另一手握住針具前端使針頭準確插入採血管，因採血管含微量真空，此時血液會自動注入，管內壓力會使血液注入約達 1 CC 時停止，惟為避免注入過量，仍須觀察血液是否已達採血管旁的黑線標記，達規定容量即可拔除。
6. 確認達到預期容量後，均勻混和血液及抗凝劑，混和以 5 秒鐘 10 次的方式來回翻轉，讓血液檢體與管內抗凝劑充分混合，以減少日後檢驗誤差。
7. 檢體未培養離心前，請以室溫 (17~27°C) 保存/運送，請勿冷藏或冷凍血液檢體，

並填具檢體送驗單，於運送時效內送至代檢實驗室(或該醫院之實驗室)。

8. 採血後於運送時效內，於室溫送至代檢實驗室進行後續培養及檢驗。
9. 採血後於運送時效內，於 37°C 培養箱自行培養 16~24 小時。培養完成後，維持採血管直立保存於 2°C-27°C，於 3 天內送至代檢實驗室；培養完成且離心後取得血漿，可保存於 4°C 至多 28 天，請儘速送至代檢實驗室進行後續檢驗，並於送驗單上註明「已培養」和培養起迄時間。

三、LTBI 檢驗後續流程：

- (一) LTBI 檢驗結果為陽性時，開立接觸者就醫轉介單，將接觸者轉介予合作醫師進行胸部 X 光檢查，並提供 IGRA 或 TST 檢驗結果，供醫師作後續潛伏結核感染治療評估之綜合性判斷。
- (二) 對於在接觸者檢驗中發現的 LTBI 患者，應與醫師溝通使用藥物治療的必要性，並追蹤服藥情形。
- (三) 進入藥物治療的 LTBI 患者均應加入都治計畫 (DOPT)；若 LTBI 患者無進行藥物治療或預防性用藥，則於接檢起始日起算第十二個月進行胸部 X 光追蹤。
- (四) 衛生所個案管理人員應將接觸者檢驗結果鍵入中央傳染病追蹤管理系統。

四、IGRA 結果判讀

Nil (IU/mL)	TB Ag - Nil (IU/mL)	Mitogen-Nil (IU/mL)	檢驗結果
≤0.8	≥ 0.35 和 ≥25%Nil 值	任何	陽性
	<0.35 或 <25%Nil 值	≥0.5	陰性
	<0.35 或 <25%Nil 值	<0.5	不確定 (mitogen<0.5)
>8.0	任何	任何	不確定
檢驗結果之處置			
陽性	轉介 LTBI 治療指定醫師進行治療評估		
不確定(mitogen<0.5)			
不確定	請安排接觸者再次抽血檢驗		
陰性	無須轉介治療評估，衛教接觸者後續倘有症狀，立即就醫		

貳、結核菌素測驗(Tuberculin skin test, TST)

一、結核菌素簡介

結核菌素是萃取自結核菌的蛋白質，全世界最早採用 OT (old tuberculin)，後來又加以改良成為 PPD (purified protein derivative)。目前廣為各國所使用的結核菌素有 PPD-S 及 PPD RT23 兩種；根據效價比較，PPD RT23 2TU 所引發的反應強度與 PPD-S 5TU 相當，都是經世界衛生組織認可的標準劑量；自民國 90 年 9 月 1 日起，台灣由使用 PPD RT23 1TU 改採 2TU。

結核菌素測驗係以一定量之結核菌素注入動物或人體之皮內，察看有無特異之過敏反應現象；人體第一次受到結核菌侵入後，無論是自然感染或人工感染（卡介苗接種），一般都在 8 至 12 週後，結核菌素測驗反應由陰性轉為陽性。

二、結核菌素測驗之用途

- (一) 幫助診斷：未曾接種過卡介苗，而結核菌素測驗反應陽性者，表示曾被結核菌感染過。
- (二) 結核病流行病學調查方法之一，由結核病感染率之高低，可瞭解結核病流行的情形。
- (三) 作為檢查結核病接觸者方法之一，篩選已受感染者。
- (四) 卡介苗接種後效果之評價。

三、結核菌素保管與應用

(一) 保管

1. 保冷：應保存在 2 至 8 °C 之電冰箱內，於工作進行中，亦需放置在裝有冰寶或冰塊之保冷罐或保冷杯內。
2. 避光：不可接受直接光線曝曬。
3. 有效時間：目前使用之丹麥製 RT23 2TU PPD，有效期限為製造日起 3 年內；惟一旦開瓶，24 小時後不論是否用完即應銷毀丟棄。

(二) 使用注意事項

1. 注射時應使用結核菌素及卡介苗專用的 0.5 cc 或 1 cc 附 26-28G 針頭塑膠拋棄式空針。
2. 取用時應先檢視製造日期及失效日期，瓶蓋是否緊密，有無沈澱或結絲現象。
3. 瓶塞以酒精消毒，應俟酒精乾後始可抽取藥液。
4. 以針頭抽取藥液時，每次儘量刺同一針孔，注意確實已抽取 0.1 cc 藥液。
5. 注射部位用酒精消毒時，應靜待酒精完全乾後再行測驗。
6. 注射部位不要揉擦。
7. 患慢性疾病如腎臟病、肝臟病、氣喘病或先天性心臟病，應避免在學校測驗。

(三) 禁忌

有下列任何一種情況時，建議不宜作結核菌素測驗；但如經醫師判斷，認為臨床需要明顯超過副作用發生顧慮者，得另外考慮。

1. 罹患嚴重疾病或急性熱病，發燒者。
2. 全身或局部性皮膚病、皮膚疹。
3. 過去作結核菌素測驗時，測驗部位呈現水泡、壞死等強烈反應。

(四) 影響結核菌素測驗反應結果之因素

1. 使用 PPD 之種類、劑量、效價、保存情形。
2. 技術熟練程度，如注射深淺、判讀方法、判讀經驗、個別差異等。
3. 下列受測者個別因素，會使 PPD 反應減弱。
 - (1) 幼童或高齡。
 - (2) 營養不良。
 - (3) 惡性腫瘤、重症或急性進行性結核（粟粒性結核，結核性腦膜炎、重度肺結核）。
 - (4) 使用藥劑（副腎上腺皮質素、制癌製劑、免疫抑制劑）中。病毒感染症（如麻疹、HIV、流行性感感冒感染）。
 - (5) 麻疹、德國麻疹、腮腺炎和水痘疫苗會暫時性抑制結核菌素活性，建議結核菌素測驗可在接種其他活性減毒疫苗之前施打或同時間施打，否則應間隔 4-6 週後再施打。

四、結核菌素測驗方法

- (一) 注射部位：左前臂掌側中點，注意避開血管。
- (二) 注射方法：用皮內注射法，又稱曼陀氏測驗(Montoux test)，注射針頭之斜面向上，與皮膚成一平面刺入，不可太深，以免誤判反應結果。
- (三) 注射劑量：每次注入量為 0.1 cc，可在注射部位呈現一個 8mm 直徑的白色隆起，目前所用丹麥製 PPD 劑量為 0.04 μ g(mcg) 相當於 2TU。

五、結核菌素測驗反應判讀（驗針）

- (一) 判讀時間：注射後 48 至 72 小時。
- (二) 判讀方法：用右手食指輕摸反應硬結(induration)之邊緣，以公厘(mm)尺測量其橫徑(即與前臂長徑垂直方向之長度)，並以測量出之反應硬結橫徑為判讀基準。
- (三) 判讀結果依下列條件進行判斷：
 1. 有下列情形之一者，結核菌素測驗硬結 ≥ 5 mm 為陽性； < 5 mm 者為陰性。
 - (1) 人類免疫不全病毒感染、
 - (2) 惡性疾病（惡性腫瘤）、
 - (3) 器官移植、

(4)其他免疫功能不全病患、

(5)使用免疫抑制劑、

(6)一個月內曾使用以下劑量之 prednisolone (或相當劑量的 glucocorticoid)：

i. 成人或體重>40 公斤的兒童：使用超過 20mg/day 且使用達 2 週及以上。

ii. 體重<40 公斤的兒童：使用超過 0.5mg/kg/day 且使用達 2 週及以上。

因此，進行結核菌素測驗前，應先詢問受測者是否有上述疾病或服藥情形。

2. 無上述疾病或服藥情形者：

(1)曾接種過卡介苗者，結核菌素測驗硬結 ≥ 10 mm 為陽性；< 10 mm 者為陰性；

(2)未曾接種過卡介苗者，結核菌素測驗硬結 ≥ 5 mm 為陽性；< 5 mm 者為陰性。

(四)判讀結果記錄：陰性反應用除號 (÷) 表示，如陰性反應為 4mm 應記為÷4。陽性反應用加號 (+) 表示，如陽性反應為 12mm 應記為+12；反應硬節上出現小水泡時，在反應大小後加記 V，例如陽性反應為 22mm 有水泡則記錄為+22V；有大水泡者，加註 B，例如陽性反應為 30mm 有大水泡則記錄為+30B。反應大而有水泡者，可用消毒空針抽出水液，再用消毒紗布覆蓋固定之，以免抓破及受染。(V: vesicle, B: bulla)

(五)中央傳染病追蹤管理系統之結核菌素測驗結果，請以數值登載 (例如 3 或 5 或 9 或 12 等)。

六、施測者資格：為避免因施測者未受認證或未通過每 3 年定期評鑑，影響施測及判讀結果，造成後續醫療糾紛，施測者應取得縣市衛生局或疾病管制局之訓練、認證及至少每 3 年定期評鑑及格，且每個衛生局至少 1 至 2 名符合上述條件之施測者，以維護社區民眾權益及健康。

七、Q&A

(一)人體受結核菌感染後要多久時間，才可以用結核菌素皮膚測驗出來？

答：

在人體自然感染因難以斷定確實受感染日期，所以至今並無定論，從動物實驗方面可供參考。其最可靠之結核菌素測驗反應陽轉時間為 8 至 12 週，這段期間即為空窗期。

(二)受過結核菌感染的人，結核菌素測驗反應皆呈陽性嗎？

答：

不一定，結核菌素測驗為體內試驗，會受到身體狀況干擾。結核性腦膜炎及重度結核病患者，因為免疫低下，可能暫時失去對結核菌素的反應。受感染者，甚至是結核病人，可以在長期追蹤後再做結核菌素測驗仍出現陰轉情況，但與治療效果和反應不呈相關性，故一旦陽性不建議再重複施做的原因在此。

(三) 在接受結核菌素測驗時，有暈倒的例子，是什麼原因？

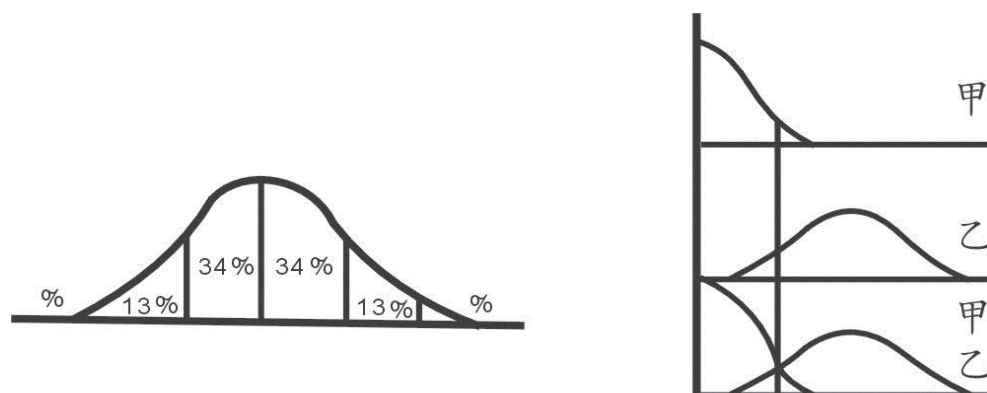
答：

結核菌素反應是一種遲緩反應，應不致發生這種現象。此等立即反應有兩種，一是過敏反應(anaphylaxis)，一種為特異性反應(idiosyncrasy)。若偶而有此等情形發生，應使其平躺，解鬆衣扣，察看皮膚是否蒼白或潮紅、呼吸、脈搏及血壓狀況等。若血壓正常，僅需安慰休息，與接種疫苗暈針是類似的，屬於「非」過敏反應，休息即可恢復。

(四) 結核菌素各級不同的反應所代表的意義怎樣？是否有顯著的區別？

答：

依據研究觀察的結果，結核菌素反應結果時不應只分「陽性」、「陰性」，直徑大小同樣重要，陽性、陰性只是一個劃分。各地區或族群有不同的判讀標準，也因此針對不同的對象，如：免疫功能不全病患、兒童等，會有不同的陽性判讀值。結核菌素反應屬於一種生物反應現象，同一群生物對於某一刺激所生的反應屬於「生物的自然變異」。對結核菌素作集體觀察時，在正確的操作下，反應大小及反應對應的人數，百分比分析下來可得一種所謂「正常曲線」(normal curve)。



如上圖左，最大部分人數應該是集中在平均值上，就是曲線的最高點，比平均值反應大的及反應小的人數逐步向兩側推移。最後，最小的反應與最大的反應人數佔得最少。這是生物的正常變異。

實際在一組人群以結核菌素來作測驗觀察，甲組是未受結核菌感染的、乙類是已受結核菌感染的，如上圖右。由圖可見陽性判讀值的右側，有少部分甲組未受感染者卻被歸為陽性，左側有少部分乙組感染者卻被歸為陰性。這種現象是無法避免的，故須謹慎選擇陽性判讀值，以便兼顧敏感度(sensitivity)及特異度(specificity)。

(五) 注射結核菌素時，不小心致使疫苗外射，射入眼睛中，該怎麼辦？

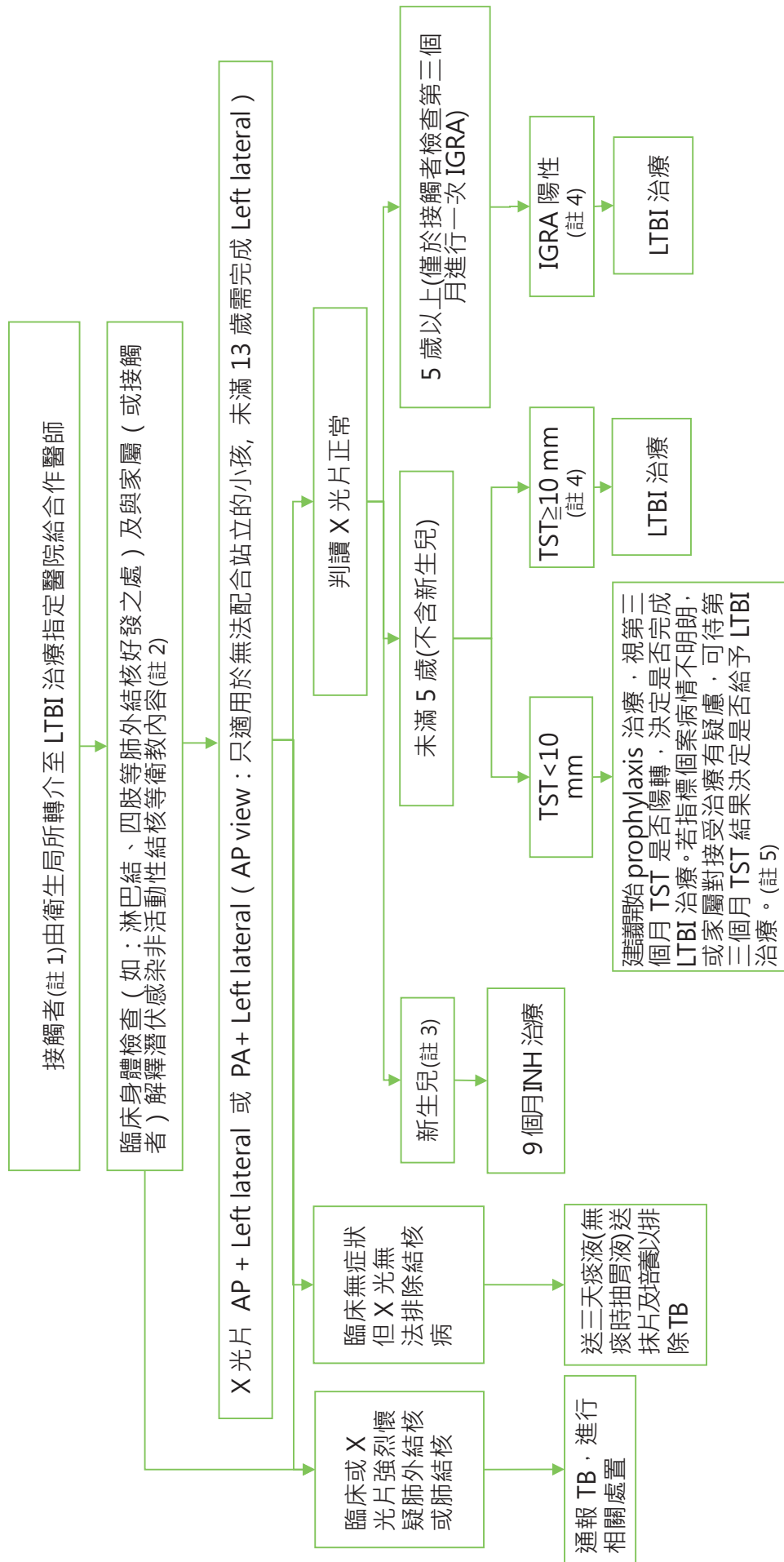
答：並無嚴重損害，可馬上用清水沖洗。

(六) 如果第一次結核菌素測驗判讀為陽性，家屬或醫師要求做第二次確認，是否可以在近期進行第二次結核菌素測驗？

答：

結核菌素測驗為陽性者，不需進行第二次結核菌素測驗。因為第二次測驗是為了判定前次測驗陰性是否仍處於空窗期，故於終止暴露的 8 至 12 週進行第二次測驗，因此已呈陽性者，不會考慮陽轉的情形。

潛伏結核感染之治療 (Treatment of LTBI) 流程 (診療醫師使用)



1. 接觸者：由公共衛生端判定，指標個案須為已確診之肺結核病個案。

2. 衛教單張 (如附件 11-7)

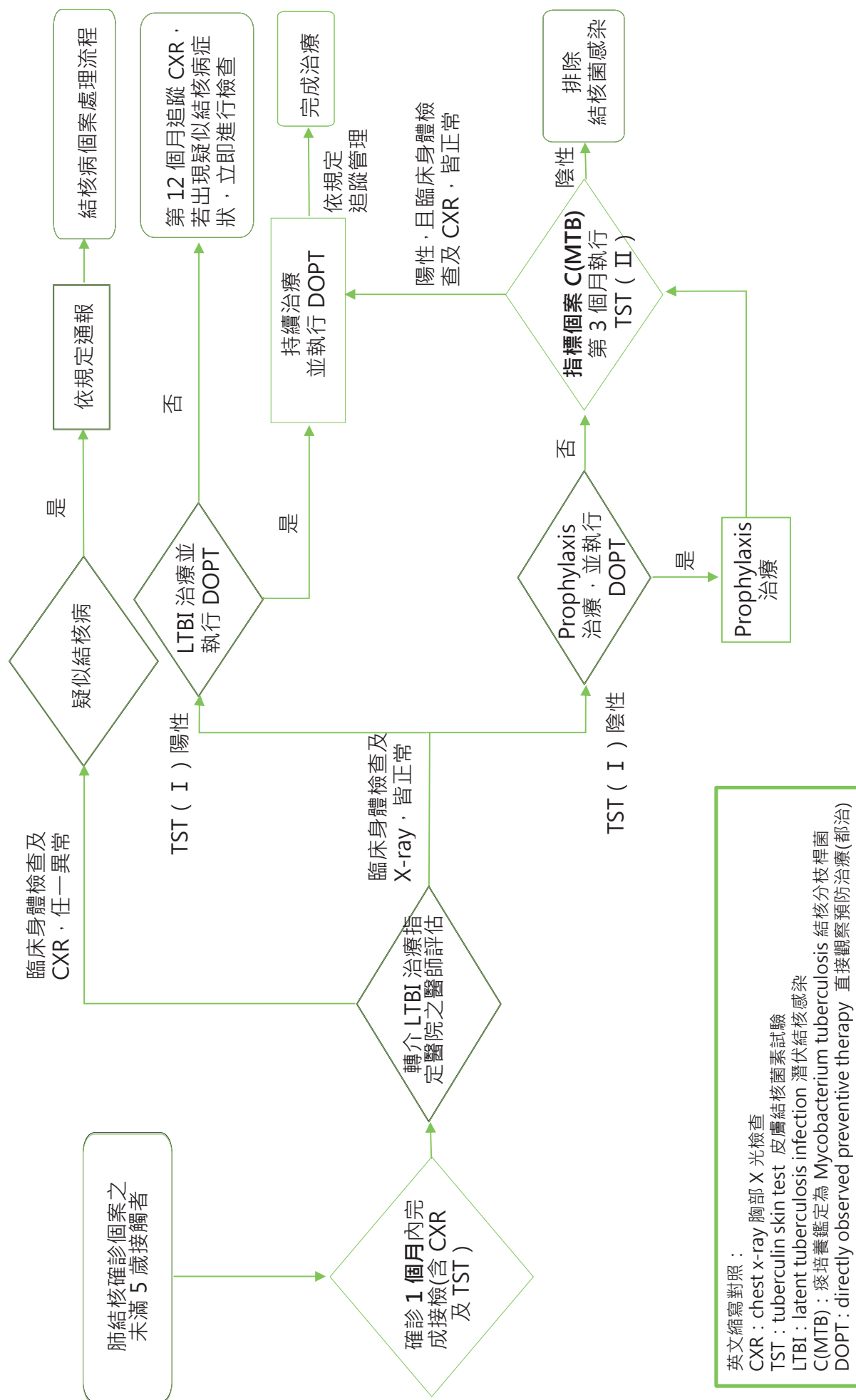
3. 新生兒：請參考嬰幼兒接觸者之處置建議 (如附件 11-6)

4. 接觸過卡介苗者判讀標準為 10 mm；未接觸過卡介苗者、愛滋病毒感染者 (HIV/AIDS)、接受 anti-lymphokines 或其他免疫抑制治療者，改以 5 mm 為臨界值，尚

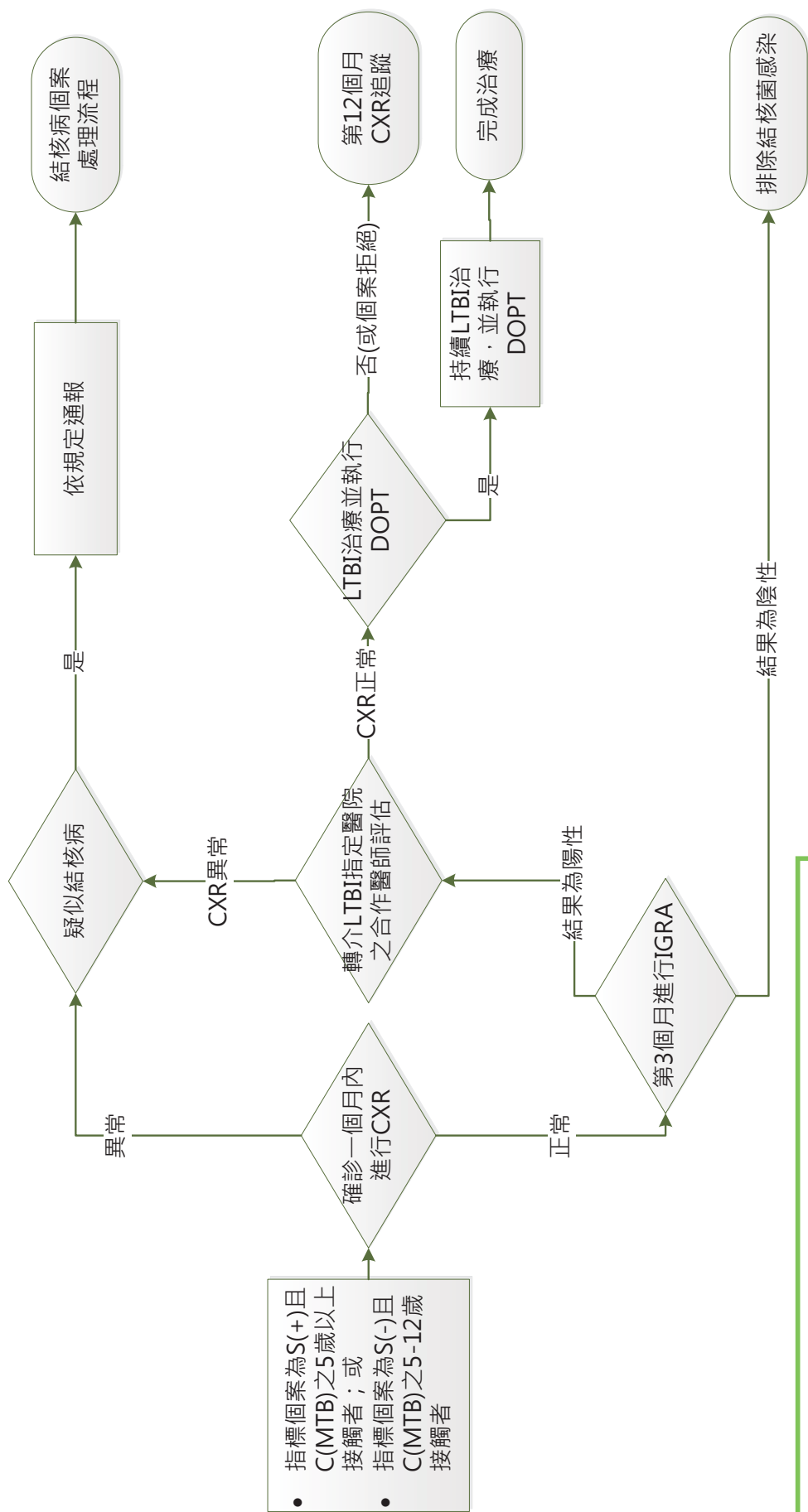
IGRA 結果為無法判定(mitogen-nil<0.5)，亦請轉介至合作醫師處進行治療評估。

5. 治療評估時應有最近一個月內胸部 X 光檢查結果，以排除活動性結核可能，正常者才予以 LTBI 治療，異常者請依規定通報驗痰。

潛伏結核感染 (LTBI) 之檢驗及治療流程 (接觸者為未滿 5 歲)



潛伏結核感染 (LTBI) 之檢驗及治療流程 (接觸者為 5 歲 (含) 以上)



英文縮寫對照：
CXR：chest x-ray 胸部 X 光檢查
IGRA：interferon gamma release assay 丙型干擾素釋放試驗
LTBI：latent tuberculosis infection 潛伏結核感染
S(+)：痰塗片為陽性
C(MTB)：痰培養鑑定為 Mycobacterium tuberculosis 結核分枝桿菌
DOPT：directly observed preventive therapy 直接觀察預防治療(部治)

衛生福利部疾病管制署潛伏結核感染治療速克伏處方藥品 使用同意書

治療藥品：Rifapentine 150mg/Tab (Priftin® 150mg) + Isoniazid 300 mg/Tab	
個案姓名：	
病歷號碼：	身分證字號：
一、治療疾病名稱：潛伏結核感染(感染尚未發病不會傳染他人，請接受完整潛伏結核感染治療，可有效降低後續結核病發病機會)	
二、給藥方法(含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程...等)： Rifapentine + Isoniazid 每週服藥一次，共需服用 12 個劑量，治療期間預計 12 週(約 3 個月)。	
三、可能產生的副作用、處理方式： 使用此處方，約 21%可能出現輕微症狀，例如：噁心或嘔吐、肌肉痠痛、無力、疲倦等，大部分的人不影響正常作息，只有 2 %會因副作用而中斷治療；另外，與一般口服藥物相似，有可能因為體質關係 (<1%的機會)，對藥物產生急性過敏反應，例如低血壓、血管神經性水腫、暈厥等症狀，如果發生急性過敏反應，請停止用藥立即回診。	
四、治療進行之注意事項： (一) 使用此處方須依醫師處方服用。 (二) 依政府規定應加入都治計畫，由都治關懷員以到府/到點親眼目睹方式關懷服藥及追蹤副作用。 (三) 領藥後請儘快與公衛人員聯繫，討論初次服藥時間，以利預先規劃個人行程。	
● 本處方由衛生福利部疾病管制署免費提供使用，故必須接受衛生單位「都治」送藥管理。 ● 速克伏處方為世界衛生組織建議之標準用藥，其中rifapentine目前尚未取得國內衛生福利部之核准上市證明，不適用藥害救濟申請；isoniazid 300 mg/Tab劑型，已取得國內衛生福利部之核准上市證明，其藥品仿單適應症雖未載明預防結核病，但已獲美國FDA通過，適用於結核病之預防。 ● 本人已詳閱以上各項資料，有關本處方藥品之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。	
治療醫師簽署：	日期： 年 月 日
服藥人/監護人(關係)簽署：	日期： 年 月 日

潛伏結核感染(LTBI)的 12 個劑量療程-速克伏短程治療處方用藥須知

您已經被診斷出潛伏結核感染

您已經被檢驗出體內有結核菌但還沒有發病，目前不會傳染他人；但如果沒有接受治療，一旦自身免疫力降低時，就可能發病而且傳染給他人。

接受潛伏結核感染治療可以消滅您體內的結核菌，預防未來發病，是您最好的選擇。

什麼是「速克伏」短程治療處方？

「速克伏」短程治療處方(下稱速克伏)指的是---

您每週服用一次 rifapentine 和 isoniazid 二種藥物，共服藥 12 週就可以完成治療的一種短程療法。

未滿 2 歲的兒童、懷孕婦女或計畫於治療期間懷孕的婦女，建議使用其他處方。

使用「速克伏」短程治療處方要配合什麼？

「速克伏」是由疾病管制署特別以專案進口方式引進國內，並以公費提供的藥物，所以必須由衛生單位關懷員送藥並親眼目視服藥。您從醫院領藥回家後，先不要自行服用，請主動與開立接觸者檢查轉介單給您之衛生單位聯繫，衛生所關懷員會收回藥物並與您討論排定後續服藥時間。每次送藥時會觀察您服藥後是否有不舒服，以確保您安全的完成治療。

若您有服用任何其他藥物(包括避孕藥)，應告訴您的醫師。Isoniazid 和 rifapentine 可能會對多種藥物造成干擾，因此讓您的醫師知道您正在服用的藥物是很重要的。若您因其他疾病同時服用藥物，請務必告知該醫師，您正在接受速克伏短程治療處方。

Rifapentine



Isoniazid



保護您的家人及朋友免於
感染結核病 - 您應完成潛
伏結核感染治療療程！



「速克伏」處方藥品為疾病管制署公費提供，故必須接受衛生單位的「都治」送藥管理。

11

潛伏結核感染之診斷及治療（附錄）

服用速克伏的注意事項

服藥

服藥前可先吃些東西再服藥，以利藥物吸收。

飲酒

服用本處方期間，每日飲酒會增加肝臟受損的風險，建議治療期間不要飲酒。

女性

- 本處方會干擾荷爾蒙避孕法(包括避孕丸、避孕環及針劑)。
治療期間建議使用保險套或子宮內避孕器等方式避孕。
- 若您已經懷孕或疑似懷孕，請立刻通知您的醫師或公衛護士。

其他問題

Rifapentine 可能會使您的尿液、唾液、眼淚或汗水變成橘紅色，這是正常現象，為了避免在治療期間被永久染色：

- 請勿配戴非日拋隱形眼鏡。
- 若您有配戴假牙，儘可能在不需要使用時把假牙取出。

可能的副作用

部分服藥者可能會有下列不舒服，通常程度不會影響日常生活。但若有發生請立即與都治關懷員連繫，讓衛生所護理師及醫師協助您。

- 頭暈、頭痛
- 食慾不佳，或沒有食慾
- 胃不舒服、噁心或嘔吐
- 肌肉痠痛
- 無力、疲倦
- 發燒或畏寒
- 皮膚或眼白變黃
- 皮疹或搔癢
- 呼吸急促
- 臉紅及寒顫
- 手腳刺痛或麻木



若您出現急性過敏反應，請立即回到原就診醫院並與您的醫師聯絡；如果對於治療潛伏結核感染有任何疑問，亦請諮詢您的醫師或撥打 1922。

縣市衛生局 直接觀察治療 (DOPT) 同意書及注意事項

接受治療者：_____身分證字號：_____
性別：_____出生年月日：_____年 _____月 _____日

敬啟者您好：

根據潛伏結核感染檢驗（皮膚結核菌素試驗或丙型干擾素釋放試驗）結果，並經由醫師評估顯示，目前您（的小孩）有潛伏性結核感染，但並非結核病發病，經過完整的潛伏結核感染治療，保護力可以高達 9 成，除可有效降低將來發病傳染給同住者與親友的情形，亦減少發病後需面對長期且至少要吃合併 3 種以上副作用更多的藥物治療的可能。

治療應注意事項如下：

一、治療的方式（請勾選）：☐每日服用敵癆剋星片（INH），完成至少 9 個月的藥物治療或☐每週服用速克伏（INH+rifapentine）1 次，完成 12 次劑量，計 3 個月期間的藥物治療，並接受由「關懷員」每日親自送藥關懷，藉由正確有效的服藥，可達到最佳保護力，減少日後發病。

※使用速克伏處方者，務必由關懷員親自送藥關懷每個劑量。

二、治療過程中，如果您（的小孩）有任何不舒服（發燒、噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹、急性過敏反應等），請告訴關懷員或衛生所護士，並請儘速返回診治醫師處，請醫師就不舒服的情況判斷，是否繼續服藥。

三、如果本單張未能解答您所有問題，或者您讀後仍有任何疑慮，請隨時向您（的小孩）的關懷員、醫生或護士查詢。

本人授權_____縣（市）衛生局下設立之都治關懷站保管本人之潛伏結核感染治療藥物，並每日由關懷員送藥/本人至指定地點，接受直接關懷治療服務。

基於上述聲明：

☐同意

☐不同意

立同意書者與接受治療者之關係

☐本人 _____（簽名）

☐法定代理人 _____（簽名）

中華民國_____年_____月_____日

備註：

- 傳染病防治法第 48 條 曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，並得令遷入指定之處所檢查、施行預防接種、投藥、指定特定區域實施管制或隔離等必要之處置。
- 20 歲以下應有法定代理人（通常為父或母）同意後之簽名。

潛伏結核感染治療個案管理

壹、收案及管理原則

- 一、執行方式：透過面訪或電訪方式執行。
- 二、收案單位權責：以接觸者管理單位為主進行收案管理，可依個案實際狀況調整。
- 三、收案重點：

首次訪視個案應儘可能透過訪視及衛教，提高潛伏結核感染者接受完整治療之意願，且順利完成療程，並進一步評估其身體、心理及社會之整體狀態，以利掌握個別需求，並規劃後續照護重點。接受潛伏結核感染治療者首次收案重點提示如下表：

A. 確認個案是否符合接受潛伏結核感染治療之對象

- 再次確認指標個案之各項檢驗狀態、接觸者是否曾為結核病個案或曾接受 LTBI 檢驗陽性或曾接受 LTBI 治療，以評估接觸者是否仍符合 LTBI 治療
- 經合作醫師在「TB 接觸者就醫轉介單」確認需接受 LTBI 之治療者

B. 確認個案基本資料

核對及詢問個案基本資料，如身分證字號、出生年月日、性別、體重、戶籍地、身分別、可聯絡家屬姓名、電話、個案疾病史、個案治療前身體狀況、主要照顧者等。了解家庭狀況、家屬支持度、社會經濟狀況需求

C. 掌握治療用藥及服藥狀態

- 了解治療情形，如服藥劑量、服藥情況等
- 了解醫病關係是否良好，如有無固定醫師
- 了解回診間隔時間、能否按時就醫
- 評估對於肝炎、類流感症狀等副作用之瞭解，並視狀況加強指導
- 輔導個案加入 DOPT

D. 疾病衛教

- 發給 LTBI 就診手冊，說明使用方法
- 提供「潛伏結核感染治療指定醫院」口袋名單
- 指導個案及家屬目前有潛伏性結核感染，但並非結核病發病，故無需擔心傳染給他人
- 告知個案及主要照顧者，按規服藥之重要性
- 未加入 DOPT 者，應指導藥品適當保存
- 告知個案至少每月應依醫囑時間回診一次，以了解治療情況及肝功能監測
- 協助心理調適

- 四、管理方式與期程：每 1-2 個月面訪/電訪一次，以確認個案按規服藥，至完成療程為止。訪視頻次可依個案服藥狀態及副作用情形調整。

五、管理內容：

(一) 工作內容：建立管理資料，依個別需求提供照護，協助完成治療。

(二) 管理重點：

1. 確認指標個案痰檢體之藥敏結果，並回饋臨床醫師參考。
2. DOPT 送藥方案之選擇
 - (1) 由專案計畫關懷員每日關懷服藥，即時監測副作用發生。
 - (2) 因時間因素無法配合關懷員進行 DOPT 者，則由地方衛生局評估接受治療者資格符合後，可選擇參加雲端都治計畫(e-DOPT)，改以視訊方式進行。
 - (3) 使用「速克伏」處方者，僅可使用傳統關懷員執行親自關懷目睹服藥，以確保用藥安全。
3. 未加入都治計畫者，應觀察個案服藥情況，並實際核對領藥日期及剩藥數量，指導藥品適當保存，了解是否按時按量服藥；如未按時按量服藥應查明原因。
4. 詢問、觀察、評估個案有無服藥不適或副作用：
 - (1) 以 INH 治療 LTBI 個案時，須留意肝炎的副作用。
 - (2) 35 歲以上的病人若在用藥前肝功能正常，則用藥期間不須常規檢驗肝功能，惟每月回診仍然是必要的。
 - (3) 肝硬化、慢性肝炎、酒癮、靜脈毒癮、HIV 陽性病人及產後的婦女，應留意治療前抽血檢查肝功能之情形，服藥期間亦應加強肝功能副作用之評估與衛教。
 - (4) 臨床出現肝炎的症狀及徵候，應停藥並儘速返診，進行肝功能的追蹤。
 - (5) 使用速克伏處方，約 21% 可能出現輕微症狀，例如：噁心或嘔吐、肌肉痠痛、無力、疲倦等，大部分的人不影響正常作息；另外，與一般口服藥物相似，有可能因為體質關係 (<1% 的機會)，對藥物產生急性過敏反應，例如低血壓、血管神經性水腫、暈厥等症狀，如果發生急性過敏反應，應請個案停止用藥並立即回診。
5. 察覺可能會中斷之處置：
 - (1) 應儘速了解可能的中斷原因並解決，避免中斷。
 - (2) 如個案仍無意願，應衛教使其了解風險，於醫囑停藥後儘速取得醫師簽署證明辦理銷案作業。

六、完成治療後注意事項：

- (一) 接受完整 LTBI 治療療程之個案不需進行第 12 個月胸部 X 光檢查。
- (二) 診療醫師確定銷案停止管理，個案管理者應收回 LTBI 就診手冊。

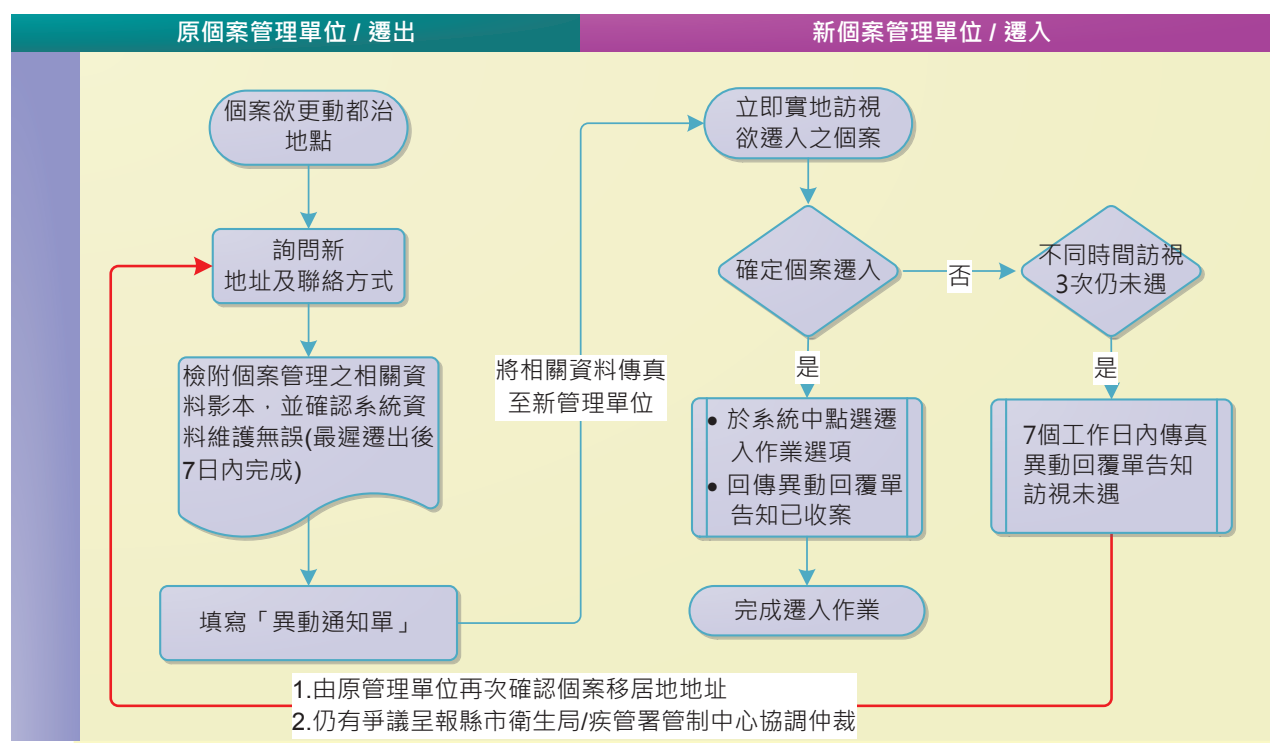
貳、銷案作業：

一、個案管理訪視紀錄完整，包括：

- (一) 訪視紀錄完整：結核病追蹤管理系統（下稱追管系統）中資料依工作手冊規定訪視頻度執行訪視且維護完整，包括訪視日期、執行方式、副作用等資料。
- (二) 就醫日誌完整：檢附 LTBI 手冊之封面內頁資料、就診紀錄單或就診單位用藥紀錄相關證明；就醫日、用藥種類、用藥劑量、體重、領藥天數、服藥副作用等資料登載完整。
- (三) DOPT 個案資料完整：檢附書面之同意書，系統資料 DOPT 日誌維護完整，包括執行及結束日期、診療醫師及機構與系統上日誌之登錄均相符。
- (四) 銷案時個案已停止潛伏結核感染之治療。
- (五) 依「結核病診治指引」標準治療處方為 INH 9 個月（270 天）或速克伏（3HP）12 個劑量，銷案原因始可判「完成治療」；如為其他原因銷案，請判其它選項。
- (六) LTBI 治療就診手冊或治療結果調查表（附件 11-5-3）之親自診療醫師簽章，簽註「完成治療」。
- (七) LTBI 治療就診手冊或治療結果調查表之親自診療醫師簡述說明及簽章，簽註其他之銷案原因；如因拒絕或其他原因中斷者，管理單位個案管理者須詳查其原因並積極訪查及處理。
- (八) 治療中死亡：檢附地段訪視紀錄並經管理單位個案管理者負責人簽章證明個案死亡；或死亡診斷書等相關文件。
- (九) 轉出：非本國人出境或是本國人出境超過 1 個月致無法完成治療，以轉出銷案。
- (十) 銷案作業時間：醫囑停藥後儘速取得醫師簽署證明，並於 30 個日曆天作業完成。

潛伏結核感染(LTBI)治療個案遷出入作業須知

- 一、管理單位歸屬認定原則：以接觸者管理單位為主進行收案管理，可依個案實際狀況調整。
- 二、遷出入作業方式：
 - (一) 遷出：當個案都治地點需要更動時，原管理單位應詢問個案之實際/新地址及聯絡電話，並填寫「LTBI 治療個案管理異動通知單」傳真至需承接管理之衛生所進行評估。
 - (二) 代管：如短期(2 個月以內)暫時遷移他地，確知將遷回原居住地者可不必要辦理遷出，以代管處理。訪視紀錄亦由代管單位逕自於系統完成維護。代管達 2 個月後，代管單位即應收案。
 - (三) 代都：代為執行 DOPT，於完成代都作業後應覈實將相關資料(如 DOPT 日誌等)回傳原管理單位，針對系統 DOPT 日誌登錄由代都單位之關懷員維護。
- 三、遷出入流程：



LTBI 治療個案管理異動通知單

目前管理單位	縣市 所		
異動原因說明			
異動項目	☐ 代都 ☐ 代管（2 個月內） ☐ 遷出		
申請日期	年 月 日		
異動個案基本資料			
身分證號		姓名	
目前實際 居住地址		連絡電話	
戶籍地址		連絡電話	

茲有上列個案於 年 月 日遷移至貴轄區，檢附個案管理資料影本，請協助追蹤並請於 年 月 日前回覆確認結果，此致

個案管理者：_____（職章）

聯絡電話：_____傳真：_____

確認受理單位
收取傳真日：

/ /

LTBI 治療個案管理異動回覆單

受理單位	縣市 所	
訪查結果說明		
處理結果	☐ 同意代都；關懷員證號：_____ 姓名：_____	
	☐ 不同意代都	
	☐ 同意代管（2 個月內） ☐ 不同意代管	
	☐ 同意遷入 ☐ 已更新系統管理單位 ☐ 不同意遷入	
傳真回覆日	年 月 日	

個案管理者：_____（職章） 聯絡電話：_____ 傳真：_____

✦ 受理單位收到本通知單後，請於七日內傳真回覆申請衛生所。

✦ 收取異動回覆單後，如經查詢追管系統之個案管理單位尚未更新，可傳真回覆單請受理單位所屬之疾管署管制中心協助更新管理單位。各區管制中心傳真號碼：台北區 02-25507416；北區 03-3982913；中區 04-24753683；南區 06-2906714；高屏區 07-8011668；東區 038-224732。

潛伏結核感染（LTBI）之治療情形調查表

診療醫師您好：

我是_____衛生局的公共衛生護理師_____，為了協助個案管理工作的進行，請您撥冗填寫下列勾選問題，謝謝！

個案姓名：_____身分證字號：_____病歷號：_____

☐ 此個案為結核病接觸者，請提供資料，俾便追蹤管理：

（本欄由衛生局勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫）

- ☐ 1 結核菌素檢查：_____mm；檢查日期_____年_____月_____日
- ☐ 2 丙型干擾素釋放試驗：_____；檢查日期_____年_____月_____日
- ☐ 3 胸部 X 光檢查檢查結果：檢查日期_____年_____月_____日
- ☐ 正常
- ☐ 疑似肺結核：☐ 異常，無空洞 ☐ 異常，有空洞
- ☐ 異常，肺浸潤(請繼續追蹤至排除結核病)
- ☐ 異常，無關結核病，註：_____
- ☐ 4 經評估需進行潛伏結核感染之治療（Treatment of LTBI）
- （本欄由醫師填寫，請衛生局所公共衛生護士不要勾選）

☐ 請問個案潛伏結核感染治療的情形：

（本欄由衛生局勾選，如未經勾選，下欄醫師可不必填寫。）

- ☐ 1 個案仍需接受抗結核藥物治療（☐ 9H/☐ 3HP），預計還要再治療_____個月
- ☐ 2 個案已服用 9 個月 INH（☐ 9H）或 3 個月速克伏（3HP），可完成治療，
停藥日期：_____年_____月_____日
- ☐ 3 治療中死亡_____年_____月_____日
- ☐ 4 個案因下列原因中斷治療：_____年_____月_____日
- ☐ 拒絕
- ☐ 指標個案 INH 抗藥
- ☐ 指標個案排除診斷
- ☐ 副作用
- ☐ 確診為結核病
- ☐ TST 陰性開始治療，第 3 個月 TST 未陽轉而停止治療
- ☐ 其他_____
- （本欄由醫師填寫，請衛生局所公共衛生護士不要勾選）

* 請問個案其他問題：

* 填寫人資料：

醫院名稱：_____醫師：_____

日期：_____連絡電話：_____

請妥填後儘速傳真：_____縣市衛生局 FAX：_____

TEL：_____

感謝您對結核病防治工作的支持與協助！

請保護個案隱私，傳真後轉交 貴院結核病個案管理師保存

11

潛伏結核感染之診斷及治療（附錄）

嬰幼兒接觸者之處置建議

接觸者暴露年齡 (指標個案可傳染期)	接觸者檢查 時是否已接 種 BCG	接觸者 LTBI 評估 治療 ²		接觸者 BCG 接種建議	
		TST ¹	TST ¹	TST ¹	BCG
新生兒時期 (胎兒時期至出生 1 個月內)	未接種 BCG		胸部 X 光正常者，應完成 9 個月 INH 預防性治療。	完成 9 個月 INH 預防性治療後，儘早檢驗 TST。	- TST ≥ 5 mm 者，無須接種 BCG。 - TST < 5 mm 者，完成 9 個月 INH 預防性治療後，儘早接種 BCG。
	已接種 BCG				
非新生兒時期 (出生 > 1 個月)	未接種 BCG	- 暴露後 1 個月內應檢驗 TST。 - 若暴露後 1 個月內 TST 為陰性者，於終止有效暴露 8 週後應再檢驗 TST。	- 暴露後 1 個月內胸部 X 光正常且 TST ≥ 5 mm 者，應完成 9 個月 INH 治療。 - 暴露後 1 個月內胸部 X 光正常且 TST < 5 mm 者： - 由醫師依風險評估是否開始預防性治療。 - 終止有效暴露 8 週後 TST ≥ 5 mm 者，繼續完成 9 個月 INH 治療。 - 終止有效暴露 8 週後 TST < 5 mm 者，停止 INH 預防性治療。	第一次 TST 陰性者於終止有效暴露 8 週後再度檢驗 TST。	- TST ≥ 5 mm 者，無須接種 BCG。 - TST < 5 mm 者，於停止 INH 治療後儘早接種 BCG。
	已接種 BCG		建議同上，惟 TST 陽性之判讀標準由改為 ≥ 10 mm。		

備註：1. 接觸者若有人類免疫不全病毒感染、惡性疾病、器官移植或其他免疫功能不全疾病（包括使用類固醇劑量相當於 15 mg/day prednisolone 以上超過一個月）者，以 ≥ 5 mm 作為 TST 陽性判讀標準。

2. 接觸之結核菌具 isoniazid 感受性或藥物感受性未知時，建議使用 isoniazid 10 mg/kg (最高劑量 300 mg)，每日服用一次，持續 9 個月。接觸之結核菌具 isoniazid 抗藥性時，須加強衛教。告知經評估雖有可能被感染，因接觸之菌株具抗藥性，其治療效果不佳，建議密切觀察可能的症狀，並依接觸者檢查規範進行追蹤管理。

3. 持「TB 接觸者就醫轉介單」者，主診斷碼請鍵入 ICD-code Z20.1。持「LTBI 就診手冊就醫」者，主診斷碼請鍵入 ICD-code R76.1。

縮寫：LTBI，latent tuberculosis infection（潛伏結核感染）；BCG，Bacille Calmette-Guérin（卡介苗）；TST，tuberculin skin test：結核菌素皮膚測驗；INH，isoniazid。

潛伏結核感染治療衛教單張

您好：

台端（貴子弟）因曾暴露結核菌，依法進行潛伏結核感染檢驗及胸部 X 光檢查，及醫師臨床身體檢查評估。結果顯示，雖已遭受結核菌感染，但目前處於被感染未發病的狀況，即潛伏結核感染。您(貴子弟)不需擔心及驚慌會傳染給任何人，因為此時潛伏在身體內之結核菌，被體內免疫力抑制住，對於周遭的親友是沒有傳染力的，然而潛藏在體內結核菌會伴隨您(貴子弟)一生，終其一生約有 5-10% 機會發病，通常以感染後，一年內的發病機率最高。發病與否，會因個人的健康狀況、免疫狀態等因素而不同。為了有效減少日後發病的可能性—接受潛伏結核感染治療，是讓潛藏在體內結核菌不擾亂您(貴子弟)未來生涯規劃的不二法門。

經過完整的潛伏結核感染治療，有高達超過 90% 以上的人可避免日後發病。不但避免未來發病時傳染給同住者與親友，也解決萬一發病需面對長期合併服用多種抗結核藥物及所產生不適的副作用。

接受治療應注意事項如下：

- 一、治療的方式：接受由「關懷員」親自送藥關懷，每日服用敵癆剋星片（INH），完成 9 個月的藥物治療或每週服用速克伏（INH+rifapentine）1 次，完成 12 次劑量，計 3 個月期間的藥物治療，並藉由正確有效的服藥，可達到最佳保護力，減少日後發病。
- 二、治療過程中，由於服用的不是食品是藥物，仍有相當低的機會有可能產生副作用。雖然發生機會很低，但如果您有任何不舒服的情況，如發燒、噁心、食慾不振、右上腹部疼痛、手腳麻木、眼白及皮膚變黃、皮膚癢疹、急性過敏反應等，請告訴關懷員或衛生所護理師，並請儘速返回診治醫師處，進行判斷是否繼續服藥。
- 三、治療過程中，請按月依醫師預約時程親自到診間進行追蹤。
- 四、如果本單張未能解答您所有問題，或者您讀後仍有任何疑慮，請隨時向您的關懷員、醫生或護理師查詢。

若您(或貴子弟)對於潛伏結核感染治療等事項仍有疑問，請撥打

_____（ _____ 衛生所（局）的承辦人 _____ ），
我們將儘速為您說明。



衛生福利部疾病管制署關心您的健康

11

潛伏結核感染之診斷及治療（附錄）

〇〇 縣/市 〇〇 鄉/鎮/市/區 〇〇 疑似結核病聚集事件疫情調查報告

(☐初報、☐續報)

一、緣由 (簡述發現)

_____衛生局獲知疑似聚集事件日期：_____年_____月_____日

_____衛生局調查報告日期：_____年_____月_____日

〇〇(機構名稱)自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日累計通報個案數：_____人

二、個案調查 (人、時、地)：

(一)個案簡表

編號	1	2	3
姓名			
身分證號			
通報年齡			
通報日			
確診狀態			
通報醫院			
主要活動地			
備註說明			

報告單位：_____報告者：_____

(二)初判結果：☐是 ☐否 為疑似結核病聚集事件

(三)備註說明：

研判單位：_____ 研判者：_____

三、個案調查 (基本資料、本次疾病情形、目前醫療處置及過去病史)：

(一)個案簡表

編號	1	2	3
姓名			
身分證號			
通報原因/ 方式	☐ 因症就醫 ☐ 接檢/例行 CXR	☐ 因症就醫 ☐ 接檢/例行 CXR	☐ 因症就醫 ☐ 接檢/例行 CXR
確診日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日
症狀開始 日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日	_____年_____月_____日

12

疑似結核病聚集事件處理 (附錄)

編號	1	2	3
初次痰抹片日期/結果	____年__月__日/ ☐ 陽性 ☐ 陰性	____年__月__日/ ☐ 陽性 ☐ 陰性	____年__月__日/ ☐ 陽性 ☐ 陰性
初次痰培養日期/結果	____年__月__日/ ☐ MTB ☐ 其他 TB complex ☐ NTM ☐ 陰性	____年__月__日/ ☐ MTB ☐ 其他 TB complex ☐ NTM ☐ 陰性	____年__月__日/ ☐ MTB ☐ 其他 TB complex ☐ NTM ☐ 陰性
MTB 鑑定日期	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日
本次通報之前 CXR 檢查日期與結果	____年__月__日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年__月__日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年__月__日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無
通報時 CXR 日期/結果	____年__月__日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年__月__日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年__月__日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無
可傳染期	____年__月__日 至____年__月__日	____年__月__日 至____年__月__日	____年__月__日 至____年__月__日
藥敏結果	☐ 全敏感 抗藥： ☐ INH ☐ RMP ☐ EMB ☐ SM ☐ 其他_____	☐ 全敏感 抗藥： ☐ INH ☐ RMP ☐ EMB ☐ SM ☐ 其他_____	☐ 全敏感 抗藥： ☐ INH ☐ RMP ☐ EMB ☐ SM ☐ 其他_____
送分子分型檢驗日期	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日
分子分型檢驗	與案__同，與案__不同	與案__同，與案__不同	與案__同，與案__不同
入住機構/任職日期	____年__月__日	____年__月__日	____年__月__日
可傳染期居住房間			
可傳染期活動範圍	☐ 臥床 ☐ 交誼廳 ☐ 復健室 ☐ 辦公室 ☐ 其他_____	☐ 臥床 ☐ 交誼廳 ☐ 復健室 ☐ 辦公室 ☐ 其他_____	☐ 臥床 ☐ 交誼廳 ☐ 復健室 ☐ 辦公室 ☐ 其他_____

編號	1	2	3
隔離情形 與日期	☐ 負壓（床號） ☐ 其他_____	☐ 負壓（床號） ☐ 其他_____	☐ 負壓（床號） ☐ 其他_____
	_____年____月____日 至_____年____月____日	_____年____月____日 至_____年____月____日	_____年____月____日 至_____年____月____日
開始治療 日	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日
個案現況			
備註	☐ 呼吸器使用 與分子分型檢驗相同株案 的關係/接觸地_____	☐ 呼吸器使用 與分子分型檢驗相同株案 的關係/接觸地_____	☐ 呼吸器使用 與分子分型檢驗相同株案 的關係/接觸地_____

（二）個案描述

（三）個案關係圖

四、環境調查：請簡述(依實際調查狀況填列)

（一）機構型態簡介：長期照護（安養中心、護理之家）、呼吸照護病房、醫院工作者、職場及機構人員人數。

（二）機構建築型態—

- 1、實地勘查之環境樓層分布情形（檢附平面圖說明）。
- 2、描述通風情形（開窗情形、獨棟中央空調或單一冷氣），房室阻隔情形（如簾子、半隔間）。
 - 2-1、☐是 ☐否 空調之進出氣口運作
 - 2-2、☐有 ☐無 換氣(與外界新鮮氣體交換)
 - 2-3、☐有 ☐無 於換氣管路安裝效期內之高效濾網(High-Efficiency Particulate Air, HEPA)
 - 2-4、換氣率(air change per hour, ACH)：_____
 - 2-5、CO₂ 濃度監測資料(ppm)：_____ (須註明量測當時室內人數與室外 CO₂ 值)
- 3、☐有 ☐無 紫外線殺菌設備

（三）個案暴露之環境調查—

- 1、上述環境中，通報個案及接觸者**共同暴露**之環境。
- 2、接觸者與指標個案的**可傳染期活動空間、環境**，如：寢室、病房、交誼室活動/辦公座位、病房床位安排與流動情形、工作類型、人員互動、交流情形。
- 3、接觸者與指標個案的**可傳染期接觸情形**，共同相處之時間、頻率等。

五、接觸者調查：【應有接觸者之基本資料（身分證號、性別、年齡）、與個案關係、接觸頻率、期間、是否曾為結核病個案等資料備查】

(一) 接檢結果異常之接觸者後續追蹤情形。

(二) 接觸者調查統計：

個案	接觸者身分	接觸者應檢人數	第一次 CXR 檢查結果					IGRA(未滿五歲以 TST 為優先)完成數 (%)	IGRA(未滿五歲以 TST 為優先)陽性人數 (%)	LTBI 治療人數 (%)	備註
			完成數 (%)	正常數 (%)	異常 (疑似結核)數 (%)	異常無關結核數 (%)	其他異常應追蹤數 (含肺浸潤) (%)				
案 1	家戶										
	共同居住										
	職場										
	醫療照護者										
案 2	家戶										
	共同居住										
	職場										
	醫療照護者										
案 3	家戶										
	共同居住										
	職場										
	醫療照護者										

六、機構感染管制措施/防治作為：

(一)機構防治作為

1、住民/醫療照護人員均執行每年 CXR：☐是（每年____月）☐否

2、住民入住前評估措施？

☐是，包含 ☐胸部 CXR ☐疑似 TB 症狀驗痰 ☐疑似個案採取適當隔離措施

☐否

3、發生疑似結核病聚集事件時，機構採取哪些措施以早期發現個案（如：胸部 CXR、疑似 TB 症狀驗痰、咳嗽監測、七分篩檢法…等）？

4、接觸者為醫療照護人員且發病？

☐是，與指標個案關聯性，請說明：_____

☐否

5、醫療照護人員採取適當個人防護措施，如執行誘發 aerosol droplet procedure 戴 N95 等措施：☐是 ☐否

6、環境/換氣改善追蹤管理事項

(二)衛生局防治作為

(三)管制中心防治作為（管制中心撰寫）

七、聚集事件判定：

(一)個案流病關連性

(二)菌株送驗基因型別比對：

送驗日期：____年____月____日，

報告日期：____年____月____日，結果：_____

(三)基因型別比對相同是否具明顯流病關聯性

☐是

☐否：

1、由指標個案回溯兩年之機構住民/人員（含外包, 離職）名單勾稽 TB 系統比對：

☐已做，結果：_____（若往前回溯找到其他個案，則疫調時案號以英文表示，如案 A）

☐未做

2、環境評估是否需外部相關專家協助：

☐是：預定日期____年____月____日

☐否

(四)結核病聚集事件研判

☐確定 ☐排除 ☐可能

八、專家會議（可附上會議記錄，且需包含以下事項）：

(一)召開日期：____年____月____日

(二)會議決議事項：

1、接觸者追蹤範圍：

2、追蹤頻率/方式/期程：

3、LTBI 評估與治療：

3-1、對象：

3-2、人數：

4、感控措施建議：

5、追蹤事項：

〇〇 縣/市 〇〇 鄉/鎮/市/區 〇〇 校園疑似結核病聚集事件疫情調查報告

(☐初報、☐續報)

一、緣由 (簡述疫情發現)

衛生局獲知疑似聚集事件日期：_____年____月____日

衛生局調查報告日期：_____年____月____日

〇〇校園自_____年____月____日至_____年____月____日累計通報個案數：_____人

二、個案調查 (人、時、地)：

(一)個案簡表

編號	1	2	3
姓名			
身分證號			
通報年齡			
通報日			
確診狀態			
通報醫院			
主要活動地			
備註說明			

報告單位：_____報告者：_____

(二)初判結果：☐是 ☐否 為疑似結核病聚集事件

(三)備註說明：

研判單位：_____ 研判者：_____

三、個案調查 (基本資料、本次疾病情形、目前醫療處置及過去病史)：

(一) 個案簡表

編號	1	2	3
姓名			
身分證號			
通報原因/方式	☐ 因症就醫 ☐ 新生體檢 ☐ 接檢	☐ 因症就醫 ☐ 新生體檢 ☐ 接檢	☐ 因症就醫 ☐ 新生體檢 ☐ 接檢
確診日	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日
症狀開始日	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日
初次痰抹片日期/結果	_____年____月____日/ ☐ 陽性 ☐ 陰性	_____年____月____日/ ☐ 陽性 ☐ 陰性	_____年____月____日/ ☐ 陽性 ☐ 陰性
初次痰培養日期/結果	_____年____月____日/ ☐ MTB ☐ 其他 TB complex ☐ NTM ☐ 陰性	_____年____月____日/ ☐ MTB ☐ 其他 TB complex ☐ NTM ☐ 陰性	_____年____月____日/ ☐ MTB ☐ 其他 TB complex ☐ NTM ☐ 陰性
MTB 鑑定日期	_____年____月____日	_____年____月____日	_____年____月____日

編號	1	2	3
本次通報之前 CXR 檢查日期與結果 (如：體檢)	____年____月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年____月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年____月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無
通報時 CXR 日期/結果	____年____月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年____月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無	____年____月____日 ☐ 正常 ☐ 異常，無關結核 ☐ 異常，且有空洞 ☐ 異常，但無空洞 ☐ 無
可傳染期	____年____月____日 至____年____月____日	____年____月____日 至____年____月____日	____年____月____日 至____年____月____日
藥敏結果	☐ 全敏感 抗藥： ☐ INH ☐ RMP ☐ EMB ☐ SM ☐ 其他_____	☐ 全敏感 抗藥： ☐ INH ☐ RMP ☐ EMB ☐ SM ☐ 其他_____	☐ 全敏感 抗藥： ☐ INH ☐ RMP ☐ EMB ☐ SM ☐ 其他_____
送分子分型檢驗日期	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
分子分型檢驗	與案__同，與案__不同	與案__同，與案__不同	與案__同，與案__不同
入學就讀日期	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
可傳染期學校、系所及班級			
可傳染期活動範圍	☐ 必修/選修課程： ☐ 社團： ☐ 校車： ☐ 課後晚自習/補習/進修： ☐ 打工/實習： ☐ 其他_____	☐ 必修/選修課程： ☐ 社團： ☐ 校車： ☐ 課後晚自習/補習/進修： ☐ 打工/實習： ☐ 其他_____	☐ 必修/選修課程： ☐ 社團： ☐ 校車： ☐ 課後晚自習/補習/進修： ☐ 打工/實習： ☐ 其他_____
開始治療日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
個案現況			
備註	與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____	與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____	與分子分型檢驗相同株案__的關係/接觸地_____

(二) 個案描述

(三) 個案關係圖

四、環境調查：請簡述

（一）校園建築型態—

- 1、學校簡介（含學生特性、全校學生及教職員工人數），學校健檢情形。
- 2、實地勘查之環境樓層分布情形（可檢附平面圖說明）。
- 3、描述通風情形（開窗情形、獨棟中央空調或單一冷氣）
 - 3-1、☐是 ☐否 空調之進出氣口運作
 - 3-2、☐有 ☐無 換氣（與外界新鮮氣體交換）
 - 3-3、☐有 ☐無於換氣管路安裝效期內之高效濾網(High-Efficiency Particulate Air, HEPA)
 - 3-4、換氣率(air change per hour, ACH)：_____
 - 3-5、CO₂ 濃度監測資料(ppm)：_____ (須註明量測當時室內人數與室外 CO₂ 值)
- 4、☐有 ☐無 紫外線殺菌設備

（二）個案暴露之環境調查—

- 1、上述環境中，通報個案及接觸者**共同暴露**之環境。
- 2、接觸者與指標個案的**可傳染期活動空間、環境**，如：班級活動/座位或通風情形（開窗情形、獨棟中央空調或單一冷氣）。
- 3、接觸者與指標個案的**可傳染期接觸情形**，共同相處之時間、頻率等。

五、接觸者調查：【需檢附指標個案課表、行事曆，另應有接觸者之基本資料(身分證號、性別、年齡)、與個案關係、接觸頻率、期間、是否曾為結核病個案等資料備查】

（一）接檢結果異常之接觸者後續追蹤情形。

（二）接觸者調查統計：

個案	接觸者身分	接觸者應檢人數	第一次 CXR 檢查結果					IGRA(未滿五歲以 TST 為優先) 完成數 (%)	IGRA(未滿五歲以 TST 為優先) 陽性人數 (%)	LTBI 治療人數 (%)	備註
			完成數 (%)	正常數 (%)	異常 (疑似結核) 數 (%)	異常無關結核數 (%)	其他異常應追蹤數 (含肺浸潤) (%)				
案 1	家戶										
	同住 (室友)										
	班級										
	社團										
	校車										

個案	接觸者身分	接觸者應檢人數	第一次 CXR 檢查結果					IGRA(未滿五歲以 TST 為優先) 完成數 (%)	IGRA(未滿五歲以 TST 為優先) 陽性人數 (%)	LTBI 治療人數 (%)	備註
			完成數 (%)	正常數 (%)	異常 (疑似結核) 數 (%)	異常無關結核數 (%)	其他異常應追蹤數 (含肺浸潤) (%)				
案 2	家戶										
	同住 (室友)										
	班級										
	社團										
	校車										
案 3	家戶										
	同住 (室友)										
	班級										
	社團										
	校車										

六、校園防治作為：

（一）學校防治作為

（二）衛生局防治作為

接觸者衛教說明會：☐ 已舉行，日期____年____月____日

☐ 尚未舉行，預定日期____年____月____日

（三）管制中心防治作為（管制中心撰寫）

七、聚集事件判定：

（一）個案流病關連性

（二）菌株送驗基因型別比對：

送驗日期：____年____月____日，

報告日期：____年____月____日，結果：_____

（三）基因型別比對相同是否具明顯流病關聯性

☐是

☐否：

1、由指標個案回溯兩年之校園學生/教職員工（含外包, 離職）名單勾稽 TB 系統比對：

☐已做，結果：_____（若往前回溯找到其他個案，則疫調時案號以英文表示，如案 A）

☐未做

2、環境評估是否需外部相關專家協助：

☐是，預定日期____年____月____日

☐否

（四）結核病聚集研判

☐確定 ☐排除 ☐可能

八、專家會議（可附上會議記錄，且需包含以下事項）：

（一）召開日期：____年____月____日

（二）會議決議事項：

1、接觸者追蹤範圍：

2、追蹤頻率/方式/期程：

3、LTBI 評估與治療：

3-1、對象：

3-2、人數：

4、追蹤事項：

指標個案訪談面談紀錄表

指標個案資料									
1. 姓名：			2. 身分證號：						
3. 訪談人員姓名：			4. 評估日期：						
5. 出生年月日：	/ / (通報年齡：)		6. 性別：	○男 ○女					
7. 出生地：	○台灣 ○非台灣 ○外籍配偶，國家為		8. 婚姻狀況：	○已婚 ○離婚 ○喪偶 ○分居 ○未婚 ○同居					
9. 最高畢業學歷(依同等學力)：	○不詳 ○未受正規教育 ○小學 ○國中 ○高中職/五專/二專 ○大學 (含四技、二技) ○研究所(含)以上								
10. 工作狀況：	○無 情況為，○學生(學校：)，○退休 ○失業(最近一個公司：)，最後工作日期： / / ○其他								
11. 電話：	家中： 手機：								
12. 地址：	郵遞區號() 市(縣) 區(鄉鎮市) 里(村) 路(街) 段 巷 弄 號 樓 室								
目前結核病症狀									
13. 目前結核病症狀為(可複選)：	☐ 無 ☐ 咳嗽 ☐ 咳血 ☐ 夜間盜汗 ☐ 體重減輕 ☐ 痰 ☐ 食慾差 ☐ 發燒 ☐ 長期疲憊/不舒服 ☐ 胸悶胸痛 ☐ 其他								
14. 最早開始有症狀日期：	/ /								
15. TB 通報日期：	/ / ，(MDR 確診日期： / /)								
16. CXR 檢查：	○無 ○有，日期 / / 結果：○異常有空洞 ○異常無空洞 ○異常但與結核無關 ○正常 ○未知								
17. 塗片檢驗：	○無 ○有，檢驗來源：○痰液 ○支氣管鏡沖洗採集之檢體 ○胃液 ○其他 日期 / / 結果：○陽性 ○陰性								
18. 培養檢驗：	○無 ○有，檢驗來源：○痰液 ○支氣管鏡沖洗採集之檢體 ○胃液 ○其他 日期 / / 結果：○陽性，結核分枝桿菌 ○陽性，非結核分枝桿菌 ○陰性 ○未確定								
19. 做過 TST 檢驗：	○無 ○有，日期 / / 結果：○陽性(mm) ○陰性								
20. 做過 QFT 檢驗：	○無 ○有，日期 / / 結果：○陽性 ○陰性 ○未確定								
21. 藥物治療後痰培養結果：	開始治療日期： / / ○無，原因為：○死亡 日期： / / ○未驗 ○有，日期 / / 檢驗來源：○痰液 ○支氣管鏡沖洗採集之檢體 ○胃液 ○其他 結果：○陽性，結核分枝桿菌 ○陽性，非結核分枝桿菌 ○陰性 ○未確定								
22. 指標個案傳染性：	，可傳染期： / / 至 / /								
23. 完成潛伏結核感染治療處方證明？	○無 ○有，日期 / / 至 / / ，藥物 / / ，每日 顆								

危險因子(可複選)			
24. 醫療相關：	☐ 無		
體重: _____ 公斤	☐ 是，包含	☐ HIV/AIDS	☐ 糖尿病
身高: _____ 公尺	☐ 酗酒	☐ 肝病	☐ 矽肺病
BMI: _____	☐ 母乳	☐ 結核菌素測試陽轉(有紀錄)	☐ 孕婦
	☐ 其他 _____		☐ 免疫抑制治療
			☐ 胃切除手術/腸造瘻口
25. 愛滋病相關：	☐ 無 HIV 危險因子		☐ 癌症(位置: _____)
	☐ 有，包含		☐ BMI < 20
	☐ 男性間性行為	☐ 血友病	
	☐ 母子垂直感染或有此風險	☐ 無保護措施之性行為或多重性伴侶	☐ 曾在於 1988 年前輸血
26. 最後 HIV 檢驗結果：	☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未驗	日期：____/____/____	☐ 曾與人共用針具或稀釋液注射毒品
27. 族群相關：	☐ 無		
	☐ 是，指標個案為(複選)		
	☐ 結核病個案接觸者	☐ 5 年前從境外移入	☐ 原住民
	☐ 外籍勞工(或配偶)	☐ 學生(請填校園環境評估)	☐ 臨時工(請填工作環境評估)
	☐ 遊民、街友		
	以下近 2 年曾		
	☐ 接觸過高風險個案，且 ≤ 5 歲	☐ 是受刑人或收容人(曾經收押於看守所)	☐ 居住於長期照護/安養中心
	☐ 居住於學生宿舍	☐ 待過遊民收容所	☐ 是遊民收容所工作者(請填工作環境評估)
	☐ 是矯正機關工作者(請填工作環境評估)	☐ 是醫療院所工作者(請填工作環境評估)	☐ 其他 _____

28. 居住環境評估

居住時間	住家型態	暴露時間 (以下擇一填寫即可)	人數估計	居住地址
____/____/____ ~ ____/____/____	☐ 獨立套房(無公設) ☐ 隔間套房(有公設)/共租公寓/宿舍 ☐ 一般家庭(二房一廳以上之家庭) ☐ 人口密集機構(無隔間) ☐ 人口密集機構(有隔間) ☐ 其他場所(如個案為遊民) _____	每(○天○週○月)____小時 累積共計____小時	居住總人數 ____人	郵遞區號() _____ 市(縣) _____ 路(街) _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 室 _____

29.工作環境評估

工作時間	工作環境名稱(分店名請詳填):	性質	工作處地址			聯絡人姓名	聯絡人電話
____/____/____~____/____/____		☐ 全職 ☐ 兼職 ☐ 打工	郵遞區號(____)(街)	____市(縣)____區(鄉鎮市)____里(村)____巷____弄____號____樓____室	路		
	工作型態 (○流動性工作)請加填工作環境評估	暴露時間 (以下擇一填寫即可)	人數估計			通風	陽光
○幼兒教保人員/校園工作者 (請加填校園環境評估) ○零售/商業/餐飲服務業 ○辦公室/專業人員 ○醫事人員(含看護/家庭照顧(保姆)) ○建築營造 ○戶外 ○其他_____	每(○天○週○月)____小時 累積共計____小時	同廠區(棟)總人數____人 同暴露環境____人 半徑5m內____人	☐ 空調(有換氣) ☐ 空調(無換氣) ☐ 無空調 ☐ 未知	☐ 窗戶開啟 ☐ 窗戶緊閉/ 無窗 ☐ 未知	☐ 有 ☐ 無 每週共乘____位共乘者， 每____小時	交通車 (大眾運輸不計)	

30.休閒環境評估

若為戶外場所只需填寫活動時間、休閒空間型態、暴露時間、人數估計、同行人數

活動時間	休閒環境名稱(分店名請詳填):	休閒處地址			聯絡人姓名	聯絡人電話
____/____/____~____/____/____		郵遞區號(____)(街)	____市(縣)____區(鄉鎮市)____巷____弄____號____樓____室	里(村)		
	休閒空間型態	暴露時間 (以下擇一填寫即可)	人數估計		通風	陽光
☐ 密閉型室內空間 ☐ 開放型室內空間 ☐ 戶外場所 備註:_____	每(○天○週○月)____小時 累積共計____小時	同行者人數____人(不含個案) 室內工作人員人數____人 固定顧客、會員人數____人	☐ 空調(有換氣) ☐ 空調(無換氣) ☐ 無空調 ☐ 未知	☐ 窗戶開啟 ☐ 窗戶緊閉/無窗 ☐ 未知	☐ 有 ☐ 無	

31.校園環境評估
(○學生(含在職生) ○幼兒教保人員(校園工作者) ○其他非學生及非校園工作者)

校園環境時間	校園環境名稱 (學校名稱，補習班若有課名請詳填)	校園地址	聯絡人姓名	聯絡人電話 (市話或行動)		
____/____/____~ ____/____/____	郵遞區號() 巷 弄 號 樓 室	里(村) 路(街)				
____/____/____~ ____/____/____	郵遞區號() 巷 弄 號 樓 室	里(村) 路				
____/____/____~ ____/____/____	郵遞區號() 巷 弄 號 樓 室	里(村) 路				
校園型態	暴露時間 (擇一填寫即可)	人數估計	空調	通風	陽光	交通車 (大眾運輸不計)
○小學/國中____年____班 ○高中/職/五專/二專____科____年____班 ○四技二技/大學/研究所/社區大學____科系(課)____年級	每 (○天○週○月)____小時 累積共計____小時	○室內 人數____人 ○室外	○空調(有換氣) ○空調(無換氣) ○無空調 ○未知	○窗戶開啟 ○窗戶緊閉/ 無窗 ○未知	○有 ○無	○無 ○有 共乘____人， 每週____小時
校園參與 ○社團____社 ○校/系對____隊 ○朝/週會	每 (○天○週○月)____小時 累積共計____小時	○室內 人數____人 ○室外	○空調(有換氣) ○空調(無換氣) ○無空調 ○未知	○窗戶開啟 ○窗戶緊閉/ 無窗 ○未知	○有 ○無	/
○社團____社 ○校/系對____隊 ○朝/週會	每 (○天○週○月)____小時 累積共計____小時	○室內 人數____人 ○室外	○空調(有換氣) ○空調(無換氣) ○無空調 ○未知	○窗戶開啟 ○窗戶緊閉/ 無窗 ○未知	○有 ○無	/
○幼稚園/幼幼班/托兒所 ○安親班/課後輔導班 ○補習班/才藝班____課 ○其他____	每 (○天○週○月)____小時 累積共計____小時	○室內 人數____人 ○室外	○空調(有換氣) ○空調(無換氣) ○無空調 ○未知	○窗戶開啟 ○窗戶緊閉/ 無窗 ○未知	○有 ○無	○無 ○有 共乘____人， 每週____小時
○幼稚園/幼幼班/托兒所 ○安親班/課後輔導班 ○補習班/才藝班____課 ○其他____	每 (○天○週○月)____小時 累積共計____小時	○室內 人數____人 ○室外	○空調(有換氣) ○空調(無換氣) ○無空調 ○未知	○窗戶開啟 ○窗戶緊閉/ 無窗 ○未知	○有 ○無	○無 ○有 共乘____人， 每週____小時

32.接觸者清單					
接觸者 姓名(id)	接觸者 生日	與指標個案的關係	接觸地點/場所	電話號碼	地址
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		
		☐ 家人 ☐ 室友 ☐ 親戚 ☐ 同事 ☐ 同學 ☐ 朋友 ☐ 其它_____	☐ 住所 ☐ 工作(☐ 半徑 5m 內) ☐ 校園 ☐ 休閒 ☐ 其它_____		

醫療或人口密集機構病人轉床紀錄 (範例)

		年	106																								
		月	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	
○○菌株	通報日	入住日/週次	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
案1	○/○/○	○/○/○	病房一										病房二					病房三					病房二				
案2	○/○/○	○/○/○	病房二												病房三					出院			病房一				
案3	○/○/○	○/○/○																									
案4	○/○/○	○/○/○																									
案5	○/○/○	○/○/○																									

圖示說明

病房一

病房二

病房三

可傳染期

限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點

中華民國九十六年八月二十八日行政院衛生署署授疾字第 0 九六 0000 七二五號令發布，並自九十六年九月一日生效

中華民國九十八年九月十六日行政院衛生署署授疾字第 0 九八 0000 五八四號令修正發布第四點規定及附件三、附件四、附件五，並自九十八年十月一日生效

中華民國一百零二年八月三十日衛生福利部部授疾字第一 0 二 00 三 0 九五號令修正發布第一點、第五點規定及附件二、附件四，並自一百零二年九月一日生效

中華民國一百零三年五月十九日衛生福利部部授疾字第一 0 三 0 三 00 五 0 一號令修正發布第五點規定及附件一、附件二、附件三，並自一百零三年六月一日生效

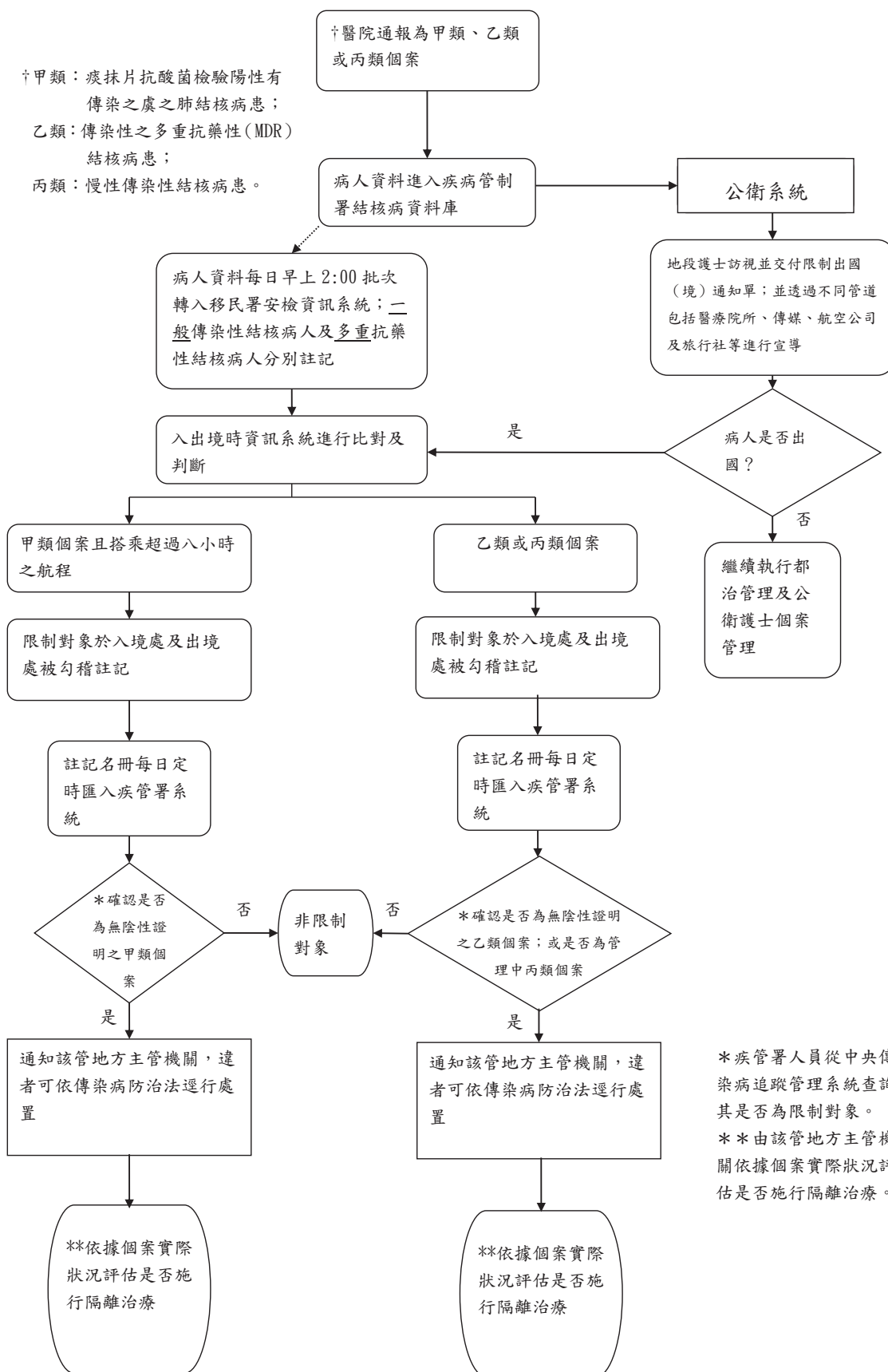
中華民國一百零四年八月二十一日衛生福利部部授疾字第一 0 四 0 三 0 八七九號令修正發布，並自即日起生效

- 一、衛生福利部為執行傳染病防治法第五十八條第一項第五款規定，限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國（境）事宜，特訂定本要點。
- 二、本要點限制對象為全國結核病患資料庫登記列管，且具有下列情形之一者：
 - （一）甲類：痰抹片抗酸菌檢驗陽性有傳染之虞之肺結核病患。
 - （二）乙類：傳染性之多重抗藥性（MDR）結核病患。
 - （三）丙類：慢性傳染性結核病患。
- 三、本要點限制條件如下：
 - （一）甲類：不得搭乘單次飛航行程逾八小時之大眾航空器出國（境）（附件一）。
 - （二）乙類及丙類：一律禁止搭乘大眾航空器出國（境）。
- 四、有下列情形之一者得解除限制：
 - （一）甲類：於直接觀察治療（DOT）達十四天或其他證據證實已無傳染之虞者。
 - （二）乙類：經痰培養為陰性者。
 - （三）丙類：經二年持續追蹤痰培養皆為陰性且完成管理者。
- 五、處理作業流程（附件二）：
 - （一）地方主管機關於收案訪視時發給限制對象限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單（附件三）並請其簽收（拒收者填拒收）。
 - （二）衛生福利部疾病管制署（以下簡稱疾管署）提供限制對象名冊資料檔，每日定時匯入內政部入出國及移民署資訊系統。
 - （三）限制對象於入出境處被勾稽註記，註記名冊每日定時匯入疾管署系統。
 - （四）限制對象出境事實經疾管署人員確認無誤，通知該管地方主管機關依法處置，另依個案實際狀況評估是否施行隔離治療。

大眾航空器目的地航程時程表

出發地： 台灣		八小時以內航程	八小時以上航程
飛行目的地	亞洲	香港 HONG KONG、澳門 MACAU 福岡 FUKUOKA、大阪 OSAKA 仙台 SENDAI、名古屋 NAGOYA 東京(成田)TOKYO(NARITA) 札幌 SAPPORO 首爾 SEOUL、馬尼拉 MANILA 新加坡 SINGAPORE、曼谷 BANGKOK、胡志明 HO CHI MINH 金邊 PHNOM PENH 雅加達 JAKARTA 吉隆坡 KUALA LUMPUR、泗水 SURABAYA、峇里島 DENPASAR 阿布達比 ABU DHABI 上海 SHANGHAI、北京 BEIJING 廈門 XIAMEN、深圳 SHENZHEN 烏魯木齊 URUMQI	
	北美洲		夏威夷 HAWAII 舊金山 SAN FRANCISCO 洛杉磯 LOS ANGELES 溫哥華 VANCOUVER 西雅圖 SEATTLE 紐約 NEWYORK 安克拉治 ANCHORAGE
	歐洲		維也納 VIENNA 阿姆斯特丹 AMSTERDAM 巴黎 PARIS 倫敦 LONDON 羅馬 ROME
	大洋洲		布里斯本 BRISBANE 奧克蘭 AUCKLAND 雪梨 SYDNEY

備註：本表為列示；其他未列入上表之地點則以機票或航空公司之起迄時間計算。



*疾管署人員從中央傳染病追蹤管理系統查詢其是否為限制對象。
**由該管地方主管機關依據個案實際狀況評估是否施行隔離治療。

限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單

台端經診斷為 ☐ 甲類：一般傳染性結核病患；

☐ 乙類：多重抗藥性結核病患；

☐ 丙類：慢性傳染性結核病患。

結核病目前已有很好的藥物，只要按時服藥，即可治癒。結核病人之痰檢驗為陽性時表示具有傳染性，為保障您及他人的健康，請您務必依傳染病防治法第 58 條第 1 項第 5 款之規定進行自主健康管理，並暫緩出境，規範如下：

一、依您目前罹病的情況，政府規定☐ 甲類：勿搭乘 8 (含) 小時以上之飛機行程；

☐ 乙類：勿搭乘任何時程之飛機行程；

☐ 丙類：勿搭乘任何時程之飛機行程。

二、符合解除條件者，將由系統自行解除限制：

☐ 甲類：經直接觀察治療 (DOTS) 達 14 天或其他證據證實已無傳染之虞者。

☐ 乙類：經痰培養陰性者。

☐ 丙類：經 2 年持續追蹤痰培養皆為陰性且完成管理者。

三、如欲查詢個人目前是否受限制，可洽詢您的地段聯絡人。

四、倘確定受限制者出境事實，違者可依傳染病防治法逕行處置，另依據實際狀況進行隔離治療評估。

縣/市政府

衛生機關地段聯絡人 (或個案管理師)：

電話：

中華民國 年 月 日

(以下請撕下保管) 限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國 (境) 通知單

受通知人簽收：

身分證字號：

聯絡人簽章：

年 月 日

本聯應保管至結核病人完成治療銷案止

限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境-特殊狀況處理

公衛管理人員發給限制對象「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單」時，如欲特殊狀況，可參考以下方式處理：

一、個案無法簽名者

- (一) 以印章代替簽名；指印或其他符號經 2 人簽名證明發生相同效力。
- (二) 如個案因身體或事實狀況（如已成植物人或用呼吸器等），絕不可能在短期內搭機出國，且簽名有其困難者，於回條上註明即可。

二、個案拒絕簽名者

- (一) 勸說只要參加直接觀察治療達 14 天，或者按規吃藥治療轉為非傳染性，即可解除管制。
- (二) 提醒個案：如不配合將依傳染病防治法予以處罰，如有傳染於其他人之疑慮者，不排除予以強制隔離治療。

三、仍拒簽者之處理

- (一) 如有 2 人以上同行，經再告知個案並確認其已聽(收)到應遵守之規定後，於回條上填寫拒簽、註明事由、日期、時間、地點等並由 2 人以上簽名證明。
- (二) 如無法達到上述之條件，請參考下列方式：
 1. 再次前往，並尋求其他相關人員之協助。
 2. 交付予與個案同居且能辨別事理能力之同居人，並請其簽名，另註明拒絕事由。
 3. 以雙掛號郵寄方式送達於當事人，並留存雙掛號證明及註明拒絕事由作為個案管理紀錄附卷；以郵寄日為交付日。
 4. 將通知單送達於個案之住居處所，並留存送達證明或證據，如人證或拍照等。

四、個案行蹤不明或失落者

- (一) 依個案管理流程尋找個案可能所在地。
- (二) 仍無法尋獲時，以雙掛號郵寄方式送達於當事人之戶籍地或最可能之住居所，並留存雙掛號證明及註明事由作為個案管理紀錄附卷；以郵寄日為交付日。

印製限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單流程

重新登錄	公文調閱	預警查詢	疫情通報	登記作業	卡片列印	個案管理	管理清單	族群管理	群聚列管	失落失敗追蹤
回公佈欄	聯繫窗口	清單查詢	主動發現	查痰品管	稽催清單	都治品管	銷案品管	接觸管理	醫事人力	醫療院所專區

結核病治療管理紀錄卡

(請先點選或輸入個案身分證號，開啟 Monitor : Alert)

個案身分證號 治療管理紀錄卡 (完整版) 送出 清除

結核病治療管理紀錄卡

《DOTS》《就醫日誌》《追蹤複查》《抗藥資料》《健保支付》《審議證明》《回上頁》

個資查詢紀錄	操作者： · 請確保個案隱私，不當洩漏個資依法查處		
個案是否出境管制	2017/1/10 下午 04:16:58 已解除(未)管制		
列印境管黃單	限制傳染性肺結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單 中文版		
管理單位	通報建檔日	2002/5/6	
總編號·電腦編號	登記審查日	2011/10/5	
建檔機構(關)	收案日期	2016/8/1	
通報院所名稱	通報院所病歷號	23920111	
通報診斷醫師	開始用藥日·體重	2016/8/1 650(Kg)	
通報院所電話	最近就醫日	2016/11/8	

流水號：9858439498

限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單

台端經診斷為

- ☐ 甲類：一般傳染性結核病患；
- ☐ 乙類：多重抗藥性結核病患；
- ☐ 丙類：慢性傳染性結核病患。

結核病目前已有很好的藥物，只要按時服藥，即可治療。結核病人之痰檢驗為陽性時表示具有傳染性，為保障您及他人健康，請依照傳染病防治法第58條第1項第5款之規定自律，暫緩出境。

一、依您目前罹病的情況，

- ☐ 甲類：勿搭乘8 (含) 以下之飛機行程。
- ☐ 乙類：勿搭乘任何時程之飛機行程。
- ☐ 丙類：勿搭乘任何時程之飛機行程。

二、符合解除條件者，將由系統自行解除限制：

- ☐ 甲類：經直接觀察治療 (DOTS) 達14天或其他證據證實已無傳染之虞者。
- ☐ 乙類：經痰培養陰性。
- ☐ 丙類：經2年持續追蹤痰培養皆為陰性且完成管理者。

三、如欲查詢個人目前是否受限制，可洽詢您的地檢聯絡人。

四、倘確定受限制者出境事實，違者可依傳染病防治法逕行處置，另依據實際狀況進行隔離治療評估。

縣/市政府

限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境衛教重點

- 一、結核病是透過空氣傳染的疾病，所以傳染性結核病患應盡量避免外出，尤其是公共場所或搭乘大眾運輸工具，以避免其他人被感染；如果一定要外出，如就醫，記得要戴口罩（外科用口罩）並避免至人群擁擠及密閉的空間。
- 二、如個案為一般痰塗片陽性病患-甲類
研究指出若和傳染性結核病病患同處一個密閉空間太久，就有受到感染的風險，因此世界衛生組織建議：傳染性結核病患不應搭乘超過 8 小時之大眾航空器（飛機），以避免其他人受到感染，且如果發現傳染性結核病病患搭乘飛機，需要通報相關國家及航空公司進行接觸者健康檢查，不僅造成同機旅客、航空公司及其他國家之困擾，亦會影響國家形象。所以如果在被管制期間搭乘大眾航空器出國，當您入境時，衛生單位將依法對您處以行政處分。
- 三、如個案為多重抗藥性/慢性傳染性結核病病患-乙類/丙類
研究指出若和傳染性結核病病患同處一個密閉空間太久，就有受到感染的風險，且因為多重抗藥性結核病之治療較為不易，世界衛生組織建議：傳染性之多重抗藥性結核病患不應搭乘大眾航空器（飛機），以避免其他人受到感染，且如果發現傳染性結核病病患搭乘飛機，需要通報相關國家及航空公司進行接觸者健康檢查，不僅造成同機旅客、航空公司及其他國家之困擾，亦會影響國家形象。所以如果在被管制期間搭乘大眾航空器出國，當您入境時，衛生單位將依法對您處以行政處分。
- 四、目前結核病已有很好的藥物可以治療，只要按規服藥一段時間即可轉為非傳染性，且現在也可以參加直接觀察治療，由關懷員每日關心您服藥。當您轉為非傳染性，或者一般傳染性結核病患(甲類)參加直接觀察治療 14 天以上，電腦系統就會自動解除您搭乘大眾航空器出國（境）之限制。
- 五、限制傳染性結核病病患搭乘大眾航空器，目的並非為了限制病患，而是保護同機旅客健康及避免後續須再進行追蹤之困擾。每位病患都應有避免他人受到感染的基本道德，只要暫時一段時間不要搭乘大眾航空器，利人也利己。況且，依照之前的案例，如果明知自己罹患傳染性結核病，仍搭乘大眾航空器，有可能會面臨被其他旅客求償的官司。
- 六、如果您不知道現在是否有被限制搭機出國，可洽詢您轄隸之衛生所聯絡人。

結核病追管系統

「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單」交付註記

重新登錄公文調閱預警查詢疫情通報登記作業卡片列印個案管理管理清冊族群管理群聚列管失落失敗追蹤
回公布欄聯繫窗口清單查詢主動發現查疫品管稽催清冊都治品管銷案品管接觸管理醫事人力醫療院所專區

結核病地段訪視日誌管理
《新增一筆：地段訪視日誌》·《社會救助管理》·《副作用評估》·《回收案管理主畫面》

個案證號：呼叫全部日誌	地段訪視日期	異動日期	地段負責人	衛生機關碼	執行方式	合作程度	個案衛教	交付境管黃單	交付通知單
編輯修改 TEST0701	2016/8/16	2016/12/20	楊祥麟	9901180000	家訪	合作	-	是(丙類)	-
編輯修改 TEST0701	2016/8/1	2016/12/20	楊祥麟	9901180000	電訪	合作	-	是(丙類)	-

----- 新增訪視日誌：請於下方直接填列；後續增修：請點選左上方身分證號碼連結，呼叫原日誌資料 -----

個案證號：TEST0701 (連檔日---，連檔者---，異動日---，異動者----)

管理事項	☒ 訪視日誌	執行訪視衛生機關	9901180000 地段負責人
地段訪視日 *	選擇 清除	執行方式 *	☐ 電訪 ☐ 家訪 ☐ 個案自行到訪 ☐ 到院訪視(含機構) ☐ 不適用
個案合作程度 *	☐ 合作 ☐ 尚可 ☐ 不合作 ☐ 建議強制住院 ☐ 責地家訪未遇		
出境管制	☐ 已交付(甲類) ☐ 已交付(乙類，MDR-TB) ☐ 已交付(丙類，優關) ☐ 拒收(甲類) ☐ 拒收(乙類，MDR-TB) ☐ 拒收(丙類，優關) ☒ 本次訪視管相關事項		
交付項目	☐ 個案衛教(尋資料) ☐ 視勸就醫或強制住院通知單		
預約訪視日	☐ 一週後 ☐ 二週後 ☐ 一個月後 或 選擇 清除		
備註說明			

確定：新增訪視資料 日誌操作說明PDF

結核病大眾航空器接觸者追管系統資料建檔操作說明

- 1.於追管系統之「個案管理」頁面輸入航班編號。
- 2.點選「航空器接觸者」項目。
- 3.按下「確定執行」後即可進入結核病接觸者檢查登錄作業畫面進行建檔。

重新登錄	公文調閱	預警查詢	疫情通報	登記作業	卡片列印	個案管理	管理清冊	族群管理	群聚列管	失落失敗追蹤
回公布欄	聯繫窗口	清單查詢	主動發現	查疫品管	稽催清冊	都治品管	銷案品管	接觸管理	醫事人力	醫療院所專區

結核病個案及接觸者管理入口

個案身分證號

×

管理項目區分

- ☐ 結核病收案管理 (訪視 | DOTS | 追蹤管理 | 接觸者)
- ☐ 個案遷出入 (受理單位執行)
- ☐ 社會救助轉介管理
- ☐ 公衛代檢網：疫檢體送驗單增修、查詢
- ☐ 結核病銷案管理
- ☐ 個案跨國轉介管理
- ☐ MDR-TB 醫療照護體系入口 (管理中個案·全部清冊)
- ☐ 表單圖檔上傳：調查表·證明書

[→ 接觸者就醫轉介單產生作業]

- ☐ 接觸者個案管理 (輸入接觸者證號 | 電腦編號)
- ☐ LTBI 潛伏感染治療 (輸入接觸者證號)
- ☐ 接觸者遷出入 (受理單位執行)
- ☒ 航空器接觸者 (輸入「航班編號，如 CX831」 | IHR)
- ☐ 主動發現專案計畫 (IDS，山地鄉，高風險族群)

- ☐ 通報資料維護管理
- ☐ 結核病重開案作業
- ☐ LTBI 治療重開案作業 (管制中心執行)

卡介苗接種及結核菌素測驗工作人員訓練作業規範

壹、前言

卡介苗預防接種為結核病防治工作主要項目之一，良好的接種效果，除疫苗之製造、運送保管外，更有賴正確的卡介苗接種技術。由於卡介苗接種皮內注射技術難度較高，且結核菌素測驗反應判讀個別差異很大，判讀標準之一致尤為重要；為提高卡介苗接種效果，避免副作用發生，並維持結核菌素測驗反應判讀之標準化及正確性，執行該業務之工作人員必需經由確實及持續的訓練，才能確保前述技術之正確性，並保障執行該業務人員的執業安全。

各級衛生主管機關在卡介苗接種及結核菌素測驗技術訓練上，扮演不同的角色，地方主管機關為訓練足量的工作人員，推行卡介苗接種及結核菌素測驗工作，以及培植種子師資，擔任初訓之技術指導人員。中央主管機關則為確保民眾接種卡介苗之安全性，以及全國執行結核菌素測驗工作人員技術一致性等考量，辦理技術評價、種子師資訓練及師資技術統合訓練。為使各單位辦理「卡介苗接種及結核菌素測驗工作人員訓練」標準一致且易於執行，特訂定本作業規範，供參照遵循。

貳、訓練類別

- 一、初訓練；
- 二、技術評價；
- 三、種子師資訓練；
- 四、師資技術統合訓練。

參、各訓練類別之內容

一、初訓練：

(一) 初訓練目標：

1. 具正確卡介苗及結核菌素測驗相關知識，熟悉疫苗使用及保護方法，並能回答或處理有關卡介苗問題之能力。
2. 具正確的卡介苗接種及結核菌素測驗技術。
3. 具辨別卡介苗接種後疤痕之能力。
4. 具正確判讀結核菌素測驗後反應之能力。

(二) 初訓練對象：

欲執行相關業務之醫事人員，原則上以年齡 40 歲以下者優先。

(三) 辦理初訓練機關：

由衛生局主辦，負責安排訓練課程、延聘講師及技術指導人員。

(四) 辦理初訓練程序：

1. 預估初訓練人數：評估原則包含年度出生人數、卡介苗接種單位分布情形、訓練合格之卡介苗接種人員分布及離退輪調情形、可容納參訓及實習量能等。

2. 安排實習單位：預先保留較大型國小，並與醫院健兒門診、衛生所或接觸者檢查等合作，安排卡介苗接種及結核菌素測驗時間，供技術實習之用。
 3. 延聘相關講師：延聘對學科及卡介苗接種學經驗豐富者擔任課程講師，以師資技術統合或種子師資訓練合格者，擔任技術指導人員。
 4. 技術實習：學員完成學科講習後，由衛生局協助安排技術實習，以師資技術統合或種子師資訓練合格者為指導人員。
 5. 初訓練合格名單由衛生局自行留存管理。
- (五) 初訓練課程：
1. 學科內容：
 - (1)結核病發生及致病機轉
 - (2)結核病流行現況
 - (3)卡介苗接種在結核病防治工作中之意義
 - (4)結核菌素測驗與潛伏結核感染治療的重要性
 - (5)卡介苗接種及結核菌素測驗後，其併發症之處理
 2. 術科內容：
 - (1)卡介苗接種技術及結核菌素測驗說明及示範
 - (2)卡介苗接種技術及結核菌素測驗模型練習
 - (3)學員分組互相施打結核菌素
 3. 疫苗申領保管及報表製作：
 - (1)卡介苗疫苗及專用空針之申請、保管、核銷及轉發；
 - (2)卡介苗工作記錄及 NIIS 之操作方法。
 4. 技術實習對象：(優先順序如下)
 - (1)初訓練之參訓學員；
 - (2)國小一年級學童(需確認為無接種紀錄)；
 - (3)經確診為結核病個案之接觸者(接觸者定義請參考第十章結核病接觸者追蹤管理)；
 - (4)進行潛伏結核感染風險評估者(例如：使用免疫抑制劑前、器官移植者等)；
 - (5)嬰幼兒(可與醫院健兒門診或衛生所合作安排接種時間)。
 5. 技術實習項目：
 - (1)皮內注射：至少 10 人次；
 - (2)結核菌素測驗判讀：陽性及陰性之判讀經驗，至少各 5 人次
 - (3)初訓練技術實習表(附件 14-1-1~3)。
 6. 證書：
 - (1)得依皮內注射及結核菌素測驗判讀兩項技術，分別或合併核發證書；
 - (2)學員成績達 60 分以上，且依證書類別完成技術實習項目者，由衛生局發給初訓練完訓證書；未取得初訓練完訓證書者，不得擔任卡介苗接種或結核菌素測驗工作。

7. 技術實習注意事項：

- (1)學科講授與技術實習開始之間隔不可超過 2 個月；學科講授完畢後 6 個月內應完成技術實習。
- (2)技術指導人員對於皮內注射技術不佳之學員，應中止技術實習並通知衛生局主辦人員，給予學員技術示範後再進行技術實習。
- (3)衛生局若檢核發現初訓練技術實習中或完成初訓練之學員技術不純熟，應加強輔導；對於技術實習整體結果不合格或不適任該業務者，應作成紀錄陳報單位主管，中止其業務、加強訓練或尋求適任者擔任業務。

二、技術評價：

（一）技術評價目標：

為確認卡介苗接種及結核菌素測驗工作人員之技術正確性，及結核菌素測驗結果判讀一致性。

（二）技術評價對象：

1. 初訓練合格且目前執行相關業務者，每 6 年應進行技術評價。
2. 師資技術統合訓練合格者且證書未屆效者，得免參加技術評價。

（三）辦理技術評價機關：

由衛生福利部疾病管制署主辦，或委辦(補助)外部單位辦理，並由各縣市衛生局協辦。

（四）辦理技術評價程序：

1. 卡介苗接種技術模型操作、結核菌素測驗實地施注及判讀，技術操作過程皆由師資技術統合訓練合格者進行考評。
2. 原則上每年辦理 1 次，全國約 10 場次，技術評量表如附件 14-1-2~3。

三、種子師資訓練：

（一）種子師資訓練目標：

加強教學原理及教學方式，培育種子師資成為技術指導人員的前置訓練，以便協助衛生局辦理初訓練。

（二）種子師資訓練對象：

取得初訓練合格證書且執行相關業務超過 3 年，經衛生局推薦具有教學才能及熱忱者。

（三）辦理種子師資訓練機關：

由衛生福利部疾病管制署主辦，或委辦(補助)外部單位辦理，並由各縣市衛生局協辦。

（四）辦理種子師資訓練程序：

原則上每年辦理 1 次，全國約 1 場次。

（五）首次取得種子師資訓練合格者，各縣市衛生局於辦理初訓練時，應安排帶訓觀摩之機會。

四、師資技術統合訓練：

(一) 師資技術統合訓練目標：

促使全國初訓練技術指導人員技術一致且標準化。

(二) 師資技術統合訓練對象：

1. 種子師資訓練合格且持續協助衛生局辦理初訓練者(含初訓練技術實習帶訓及初訓練現場技術指導人員)。
2. 本項訓練完訓後，每 6 年應進行師資技術統合訓練。

(三) 辦理師資技術統合訓練機關：

由衛生福利部疾病管制署主辦，或委辦(補助)外部單位辦理，並由各縣市衛生局協辦。

(四) 辦理師資技術統合訓練程序：

原則上每年辦理 1 次，全國約 2 場次。

卡介苗接種及結核菌素測驗工作人員技術實習表-皮內注射

☐初訓練

縣市別：_____縣機關別：_____縣學員姓名：_____縣

序號	施注日期	受施注者姓名	皮內注射項目	藥物批號	分數	指導人
舉例	2016/3/3	XXX	☒ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗	XXX		XXX
舉例	2016/3/3	XXX	☐ 結核菌素測驗 ☒ 卡介苗	XXX		XXX
1			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
2			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
3			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
4			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
5			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
6			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
7			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
8			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
9			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
10			☐ 結核菌素測驗 ☐ 卡介苗			
皮內注射合計後之平均分數						
備註：						
1. 評分標準請參照「皮內注射技術評量原則」(附件 14-1-3)。						
2. <u>皮內注射合計後之平均分數>60 分者為合格，得發給皮內注射技術合格證書。</u>						

14

卡介苗預防接種（附錄）

卡介苗接種及結核菌素測驗工作人員技術實習表-結核菌素測驗判讀

☐初訓練 ☐技術評價

縣市別：_____ 縣機關別：_____ 縣學員姓名：_____

序號	判讀日期	受判讀者姓名	學員判讀	指導人判讀	相差	分數	指導人									
舉例	2016/3/3	XXX	+11	+13	2mm	8	XXX									
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
記錄方式正確性																
標準化處理																
結核菌素測驗判讀合計分數																
備註： 1. 評分標準： <table border="1"> <tr> <td colspan="2">相差 0~2mm 者，得 8 分</td></tr> <tr> <td rowspan="2">相差 3mm 者</td><td>TST 陰陽(10mm)判讀一致者，4 分</td></tr> <tr> <td>TST 陰陽(10mm)判讀不一致者，得 0 分</td></tr> <tr> <td colspan="2">相差 4-5mm 者，倒扣 4 分</td></tr> <tr> <td colspan="2">相差 6mm(含)以上者，倒扣 8 分</td></tr> </table> 2. 【皮內注射合計後之平均分數+結核菌素測驗判讀合計分數】平均值>60 分者為合格，得發給皮內注射及結核菌素測驗判讀技術合併發給合格證書者。								相差 0~2mm 者，得 8 分		相差 3mm 者	TST 陰陽(10mm)判讀一致者，4 分	TST 陰陽(10mm)判讀不一致者，得 0 分	相差 4-5mm 者，倒扣 4 分		相差 6mm(含)以上者，倒扣 8 分	
相差 0~2mm 者，得 8 分																
相差 3mm 者	TST 陰陽(10mm)判讀一致者，4 分															
	TST 陰陽(10mm)判讀不一致者，得 0 分															
相差 4-5mm 者，倒扣 4 分																
相差 6mm(含)以上者，倒扣 8 分																

皮內注射技術評量原則

☐初訓練 ☐技術評價

姓名: _____

評分項目	配分	評分標準	得分
卡介苗接種敬告家長書重要內容	20	● 接種之目的及不良反應。 ● 建議接種時間。 ● 高風險族群之評估及提早接種之說明。 ● 接種後的正常態樣及處理方式。	
教導家屬嬰兒抱姿或臥姿之固定方式	10	● 依抱姿或臥姿提供適切的說明。	
用物準備	10	● 依執行之業務(BCG 或 TST)準備足量之用物。 ● 維持業務環境清潔、維持藥劑之處存溫度/環境、保溫容器蓋口消毒。	
消毒方式	15	● 無菌技術操作之正確性。	
接種劑量正確性	30	● 3 讀 5 對(含日本製與國產卡介苗之相異處)。 ● 若為接種卡介苗，則每次抽藥前均需搖勻疫苗懸浮液。	
施注正確性	15	● 左固定受施注者，右手持針穩固。 ● BCG 施打於三角肌中點。 ● BCG 撥瓶及滅菌膠紙使用方式。 ● TST 施注在前臂中段。 ● 皮內注射深度適中。	
合計	100	考評者: _____	

14

卡介苗預防接種（附錄）

卡介苗接種工作檢核表

檢核日期	年 月 日	檢核人員	
受檢核單位		受訪人員	

檢核項目		正確與否
儲存環境	卡介苗保存於 2~8°C 之冰箱 (避免在冷凍與冷藏間來回存放)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	卡介苗保存於未具紫外燈之冰箱	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	卡介苗保存於非透明具避光效果之冰箱	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	保存之卡介苗均在效期內 (日本製皮內注射型卡介苗安瓿標示之屆效月，為該月的最後一天)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
環境準備	光線充足但不可陽光直接照射、環境整潔乾淨、通風佳	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	桌面鋪有無菌消毒巾或拋棄式紙巾	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	動線適當，不致於被走動人員干擾	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
用物準備	接種卡介苗時應備妥： ● 卡介苗 ● 生理食鹽水 (使用該疫苗專用的稀釋液) ● 卡介苗專用空針 (0.5mL 附 26-28G 針頭，針頭可旋轉之塑膠拋棄式空針) ● 3mL 或 5mL 塑膠空針 ● 滅菌膠紙 (依疫苗數計算需要量) ● 酒精棉片或酒精棉球 ● 乾棉球或乾紗布 ● 75%酒精 ● 保冷箱、保冷杯、冰寶 ● 擦手巾(紙)、治療巾 ● 原子筆 ● 安瓿切割器(日本製皮內注射型卡介苗)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用

檢核項目		正確與否
衛生教育	提供「卡介苗接種敬告家長書」或「結核菌素測驗與卡介苗預防接種敬告家長書」，並給予衛教	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	將「卡介苗接種敬告家長書」家屬簽章回條黏貼於病歷(或等同於病歷之文件)保存	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	指導家屬「卡介苗接種-參考抱姿」	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	● 嬰幼兒側坐於家屬左腿上，且面向家屬右手 ● 家屬以兩腿夾住嬰兒的雙腿 ● 家屬左腋下夾住嬰兒右手，右手固定嬰兒身體腰部 ● 家屬左手托住嬰兒頭部 ● 施種者以雙腳協助固定家屬雙腳	
操作過程	檢視卡介苗(及稀釋液)製造日期、失效日期，卡介苗安瓿內所含疫苗劑量	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	卡介苗開瓶後應標記開瓶時間	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	以無菌技術稀釋	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	檢視是否過期、結塊(結絲)或沉澱物 (安瓿頂端如有粉狀卡介苗，應用手指輕彈，使其落到安瓿底部)(往上移)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	卡介苗瓶頸消毒 (等酒精揮發，再以滅菌膠紙包覆妥適後撥瓶)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	日本製皮內注射型卡介苗需使用安瓿切割器 (以切割器環繞瓶頸切割)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	使用滅菌膠紙包覆妥適後撥瓶 (因卡介苗安瓿內為真空狀態，粉狀乾燥疫苗在撥瓶過程易被衝出失散，故使用滅菌膠紙包覆儘量維持真空，撥瓶後使空氣緩慢進入安瓿內，取下滅菌膠紙時注意勿使玻璃碎片掉入安瓿內)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	加入生理食鹽水稀釋 (生理食鹽水應於使用前一天放置冰箱保冷) ● 國衛院製卡介苗：3mL ● 日本製皮內注射型卡介苗：1mL	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用

檢核項目		正確與否
	卡介苗稀釋過程： ● 國衛院製卡介苗：先加入 1.5mL 稀釋液，輕輕搖動使之均勻溶解後，再加入 1.5mL 稀釋液左右搖動，至疫苗均勻完全溶化為止 ● 日本製皮內注射型卡介苗：一次性注入 1mL 稀釋液左右搖動，至疫苗均勻完全溶化為止	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	每次抽取稀釋後卡介苗懸浮液，應左右輕搖動安瓿後再抽取(至少 10 次)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	以卡介苗專用空針抽取 ● 國衛院製卡介苗：0.1 mL 懸浮液 ● 日本製皮內注射型卡介苗： ⊕ 未滿 1 歲：0.05 mL 懸浮液 ⊕ 1 歲以上：0.1 mL 懸浮液	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	稀釋後之卡介苗懸浮液應立即置於保冷杯(應置於 2~4°C 裝有冰塊或冰寶等保冷設備內，並隨時注意加蓋)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	稀釋後之卡介苗懸浮液使用時限： ● 國衛院製卡介苗：2 小時 ● 日本製皮內注射型卡介苗：6 小時	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	抽入卡介苗專用空針之卡介苗懸浮液，於 5 分鐘內用畢，否則丟棄	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	欲丟棄之卡介苗懸浮液，加入等量 75%酒精，以醫療廢棄物處理	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
接種部位	持針方式：以右手中指、食指及拇指握住針管，左手握住嬰兒左上臂，充分露出三角肌。	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	採皮內注射法	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	接種在嬰幼兒左上臂三角肌中點	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	● 國衛院製卡介苗：注入 0.1mL 卡介苗懸浮液，注射處呈現約 8mm 的隆起 ● 日本製皮內注射型卡介苗：注入 0.05mL 卡介苗懸浮液，隆起小或立即吸收無隆起	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用

檢核項目		正確與否
紀錄	卡介苗接種後立即記錄於兒童健康手冊/預防接種時程及記錄表(黃卡)	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	請抄錄受檢核之卡介苗接種單位，所有執行卡介苗接種之工作人員姓名	
優點		
發現 缺失	重大缺失： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 其他需改善及複評缺失	
複評 結果	複評日期： 年 月 日；複評人員： ；受評人員： ☐ 已改善缺失 ☐ 尚未改善缺失及未改善原因	

結核菌素測驗工作檢核表

檢核日期	年 月 日	檢核人員	
受檢核單位		受訪人員	

檢核項目		正確與否
儲存 環境	結核菌素保存於 2~8℃之冰箱內	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	保存之結核菌素均在效期內	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
環境 準備	光線充足但不可陽光直接照射、環境整潔乾淨、通風佳	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	桌面鋪有無菌消毒巾或拋棄式紙巾	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	動線適當，不致於被走動人員干擾	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
用物 準備	施注結核菌素時應備妥： ● 結核菌素 ● 結核菌素測驗專用空針 (0.5mL 附 26-28G 針頭，針頭可旋轉之塑膠拋棄式空針) ● 酒精棉片或酒精棉球 ● 乾棉球或乾紗布 ● 保冷箱、保冷杯、冰寶 ● 量尺(具公厘(mm)刻度) ● 擦手巾 (紙)、治療巾 ● 原子筆	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
操作 過程	給予相關衛教	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	檢視是否過期、渾濁	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	結核菌素開瓶後應標記開瓶時間	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	結核菌素開瓶後應於 24 小時內用畢，否則丟棄	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	使用結核菌素測驗專用空針	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
施注 部位	結核菌素測驗施注於左前臂掌側中點，注意避開血管	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	結核菌素測驗施注後 48 至 72 小時進行判讀	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用

檢核項目		正確與否
紀錄	結核菌素測驗判讀後立即記錄於接觸者轉介單或相關文件	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	結核菌素測驗判讀紀錄是否正確 ● 陰性反應用除號 (÷) 表示 ● 陽性反應用加號 (+) 表示 ● 硬結上出現小水泡時，在反應大小後加記 V ● 硬結上出現大水泡時，在反應大小後加記 B	☐ 正確 ☐ 不正確 ☐ 不適用
	請抄錄受檢核之結核菌素測驗單位，所有執行結核菌素測驗之工作人員姓名	
優點		
發現缺失	重大缺失： ☐ 無 ☐ 有 ☐ 其他需改善及複評缺失	
複評結果	複評日期： 年 月 日；複評人員： ；受評人員： ☐ 已改善缺失 ☐ 尚未改善缺失及未改善原因	

卡介苗接種敬告家長書

接種的目的

接種卡介苗可避免幼童發生嚴重結核病，研究顯示，未接種卡介苗的幼童罹患結核性腦膜炎的發生率約為百萬分之152.5，是有接種者的47倍，此類疾病若未及早診治會造成腦脊髓等不可逆病變（無法自理生活、智商受損等），並伴隨約20%~40%致死率。

宜何時接種

- 若無接種禁忌症的嬰幼兒，宜於出生滿5個月（建議接種時間為出生滿5-8個月），至遲1歲前完成。
- 長住高發生率地區或即將前往結核病高盛行國家之嬰兒，建議家屬考慮提早接種卡介苗。

接種後可能的不良反應

- 常見但不嚴重的不良反應：局部膿瘍、淋巴結炎等。
- 不常見但較嚴重的不良反應：骨炎/骨髓炎等。
- 我國自2007年起開始主動監測卡介苗不良反應，資料顯示骨炎/骨髓炎發生比率約百萬分之50，尚在世界衛生組織估計範圍內。

資料來源	副作用	骨炎/骨髓炎	瀰漫性卡介苗感染
我國監測資料 (2008-2011年 出生世代)		約50例/百萬人口	0例/百萬人口
世界衛生組織 2000年報告		2-700例/百萬人口	2例/百萬人口

5歲以前要注意的事

幼童如果出現局部膿瘍/腫脹等疑似卡介苗不良反應時，宜提醒醫師將卡介苗接種因素納入評估；或洽地方衛生局(所)協助轉介醫院小兒科診治(或請小兒科醫師進行會診)，以便進一步釐清病因。疑似/確認因接種卡介苗受傷害者，可透過接種地衛生局的說明與協助，申請預防接種受害救濟。

接種前

- 請先確認父母雙方家人沒有疑似先天性免疫缺失之家族史（如幼年因不明原因感染而死亡）。另對於後天免疫不全病毒(HIV)感染母親所生之嬰幼兒，請諮詢感染科醫師後，始得接種。

接種時

- 出生滿5-8個月之嬰兒活動力佳，故須妥善固定嬰兒，以利進行卡介苗皮內注射，請家屬配合工作人員的專業指導，讓注射過程順利完成。

接種後

- 請家屬定期為嬰兒修剪指甲；膿瘍或潰爛時，得以乾紗布覆蓋接種部位並以膠帶固定，或穿著有袖的衣服，以避免嬰兒抓傷接種部位，引發不必要的感染。

接種後正常情形



注意事項

部分嬰幼兒於接種3個月後，接種部位膿瘍仍未自動癒合結痂，請於下次接種常規疫苗的時間或提前回診，由醫師為您的嬰幼兒作適當的評估與處置。

其他資訊

如果您需要其他卡介苗相關訊息，歡迎至衛生福利部疾病管制署全球資訊網<http://www.cdc.gov.tw>之傳染病介紹/結核病主題網查閱。

敬告家長書回條：

☐ 已詳閱「卡介苗接種敬告家長書」並接受相關衛教指導。

幼童姓名：_____（或000之子/女） 家長簽章：_____



衛生福利部疾病管制署關心您

疫苗接種嚴重不良反應通報單

個案編號:	1. 發生日期: 年 月 日 時		2. 通報者獲知日期: 年 月 日					
	3. 通報中心接獲通報日期: 年 月 日 (由通報中心填寫)							
	4. 填表者 姓名: 服務機構: 電話: 電子郵件信箱: 地址: 原始通報者屬性: ☐ 醫療人員 (職稱: ☐ 醫師 ☐ 藥師 ☐ 護理人員 ☐ 其他:) ☐ 廠商 ☐ 民眾							
5. 接種單位名稱 (或院所十碼代碼): 地 址: 縣市 鄉鎮市區 接種人員姓名: 連絡電話:		6. 就診醫院名稱 (或院所十碼代碼): 地 址: 縣市 鄉鎮市區 主治醫師姓名: 連絡電話:						
I. 接種個案基本資料								
7. 姓名: 8. 性別: ☐ 男 ☐ 女 9. 出生日期: 年 月 日 或年齡: 歲								
10. 身分證字號或識別代號: 11. 聯絡電話: 12. 居住地: 縣市 鄉鎮市區								
II. 不良事件有關資料								
13. 不良事件結果 (單選, 以最嚴重結果勾選) ☐ A. 死亡, 日期: 年 月 日, 死亡原因: ☐ B. 危及生命 ☐ C. 造成永久性殘疾 ☐ D. 導致病人住院或延長病人住院時間 ☐ E. 其他嚴重不良反應 (具重要臨床意義之事件) ☐ F. 非嚴重不良事件 (非上述選項者)		15. 相關檢查及檢驗數據 (將結果與數據依日期填寫)						
14. 通報不良事件描述 (應包括不良事件發生之日期、部位、症狀、嚴重程度及處置): 不良事件症狀: 相關診斷結果:		16. 其他有關資料 (包含過去疾病史、過敏病史、類似之不良事件及其他相關資訊): 17. 後續處理情形: 目前是否已康復: ☐ 是 ☐ 否						
III. 接種疫苗資料								
18. 可疑疫苗								
疫苗名稱	劑次	接種途徑	接 日期/時間	接種部位	劑量	廠牌	批號	效期
			年 月 日 時					
19. 併用疫苗 (通報接種前 1 個月接種之疫苗) 及藥品:								
疫苗名稱 (含劑次) 藥品名稱	接種途徑/ 給藥途徑	接種/給藥日期	接種部位	劑量頻率	廠牌	批號	效期	

縣(市)疫苗接種異常事件通報及調查表	
發生時間： 年 月 日 時 分 接種地點： _____ 接種單位： _____ 接種人員： 姓名 _____ 職稱 _____	衛生所填報人員： 所屬衛生所 _____ 姓名 _____ 職稱 _____ 獲知時間： 年 月 日 時 分 衛生局審查通報人員： 姓名 _____ 職稱 _____ 通報日期： 年 月 日 時 分
異常事件類別	問題內容
☐ 疫苗種類錯誤 ☐ 劑量錯誤 ☐ 重複施打 ☐ 提前接種 ☐ 打錯人 ☐ 其他 _____	原應接種疫苗名稱： _____，劑量 _____ 此次接種疫苗名稱： _____，劑量 _____ 廠牌 _____ 批號： _____ 效期： _____ 同時接種其他疫苗： ☐ 是， _____ ☐ 否
事件描述	
事件原因與經過：	

改善情形：

國小一年級學童卡介苗預防接種家長通知書

一、接種目的：

接種卡介苗可避免幼童發生嚴重結核病，研究顯示，未接種卡介苗的幼童罹患結核性腦膜炎的發生率約為百萬分之 152.5，是有接種者的 47 倍，此類疾病若未及早診治會造成腦脊髓等不可逆病變（無法自理生活、智商受損等），並伴隨約 20%~40%致死率。

二、接種後可能的不良反應：

(一)常見但不嚴重的不良反應：局部膿瘍、淋巴結炎等。

(二)不常見但較嚴重的不良反應：骨炎/骨髓炎等。

(三)我國自 2007 年起開始主動監測卡介苗不良反應，資料顯示骨炎/骨髓炎發生比率約百萬分之 50，尚在世界衛生組織估計範圍內。

副作用 資料來源	骨炎/ 骨髓炎	瀰漫性 卡介苗感染
我國監測資料 (2008-2011 年出生世代)	50 例/ 百萬人口	0 例/百萬人口
世界衛生組織 2000 年報告	2-700 例/ 百萬人口	2 例/百萬人口

三、接種後正常情形：

- 1-2 週：注射部位會呈現一個小紅結節，之後逐漸變大，微有痛癢但不發燒。
- 4-6 週：會變成膿瘍或潰爛，不必擦藥或包紮，只要保持清潔及乾燥，如果有膿流出可用無菌紗布或棉花拭淨，應避免擠壓。
- 2-3 個月：會自動癒合結痂，留下一個淡紅色小疤痕，經過一段時間後會變成膚色。

學生姓名：_____班級：____年____班

親愛的家長：

經查詢貴子弟之「兒童健康手冊」等相關預防接種資料，未曾接種過卡介苗，請您評估後依幼童最大健康利益決定接種與否。若欲接種卡介苗，可以前往下列建議的衛生所/醫院進行評估與接種：

(各縣市衛生局/所依民眾居住地及轄區卡介苗接種服務地點，在此處提供建議院所名單)

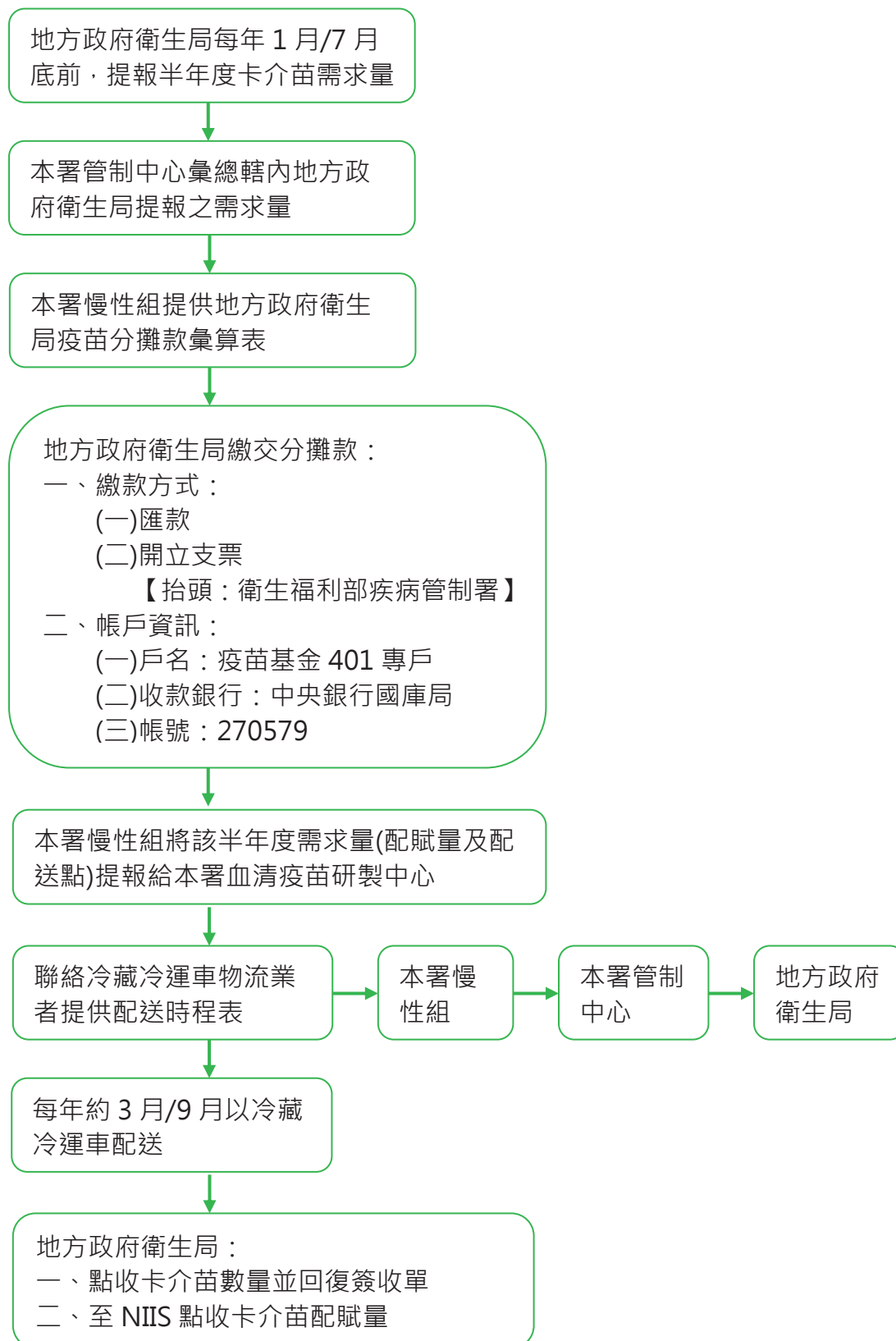
如果您有任何問題，請與我們聯絡：

衛生所_____

聯絡電話_____

聯絡人員_____

卡介苗調查、配賦及費用核銷作業流程表



卡介苗接種問與答

一、卡介苗是否可以任意接種在身體任何部位？

為何規定在左上臂三角肌中央？

答：卡介苗接種在身體任何部位，都可產生預期效果，但有些部位很難接種，又會引起較多的合併症，世界衛生組織的建議是接種在左上臂三角肌中點皮內層，對接種傷口癒合較為有利。

接種卡介苗局部反應需 2 至 3 個月方能癒合，三角肌中央不易被扯動，對接種傷口癒合較為有利，也較容易檢查是否已經接種過卡介苗。

二、卡介苗稀釋用的生理食鹽水，可否用蒸餾水代替？

稀釋液需要低溫保存嗎？

答：卡介苗稀釋液一定要使用附帶配送的生理食鹽水，如使用蒸餾水易因滲透壓問題，對活菌生存不利；稀釋用的生理食鹽水溫度太高和乾燥疫苗不一致時，不易溶解或發生凝集，使溶解不均勻，且稀釋後溫度高活菌較易死亡，所以稀釋液應至少在使用前 1 天放置冰箱內低溫保存。

三、何謂嚴重複合型免疫缺乏症(Severe combined immunodeficiency, SCID)? SCID 者可以接種卡介苗嗎？

答：一種罕見先天遺傳疾病，目前已知至少 10 種以上的基因會造成此類的免疫問題，患者因為缺乏體液及細胞免疫功能而導致嚴重之重複性的感染，每年 10 萬人之發生率約為 1.4 例，此類嬰幼兒不應接種卡介苗。

因免疫缺陷，出生後即會陸續感染各種病菌而致病，故僅提前於建議接種時間接種者，須留意本項檢驗結果。

四、接種卡介苗，與其他各種疫苗間隔時間如何？

是否可以與 DPT 三種混合疫苗或麻疹疫苗同時接種？

答：1.卡介苗可與其他活性減毒疫苗，例如：小兒麻痺口服疫苗、麻疹疫苗、

德國麻疹疫苗、水痘疫苗、黃熱病疫苗及麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗(MMR)同時(分開不同部位接種)接種，如不同時接種最少要間隔 4 週或以上。如為口服活性減毒疫苗則可與其他活性減毒注射式疫苗同時或間隔任何時間接種。

2.卡介苗可與其他不活性疫苗，例如：三合一疫苗(DPT 或 DTaP)、白喉、破傷風混合

疫苗(DT)、破傷風減量白喉混合疫苗、b 型流行性感胃嗜血桿菌疫苗、日本腦炎疫苗、B 型肝炎疫苗、流行性感胃疫苗、狂犬病疫苗及霍亂疫苗，同時接種或間隔任何時間接種，但要分開不同部位接種。

3. 詳細資料可參見「各項預防接種間隔時間一覽表」(網址：<http://www.cdc.gov.tw/professional/page.aspx?treeid=5B0231BEB94EDFFC&nowtreeid=9A98A6B87BFE6651>)。

五、注射卡介苗時，如不小心，針頭刺入皮膚是否會發生卡介苗的反應？

答：會的，應即刻用酒精棉球擠壓刺入之針孔，至出血為止。

六、注射卡介苗或結核菌素時，不小心致使疫苗外射，射入眼睛中，該怎麼辦？

答：並無嚴重損害，可馬上用清水沖洗。

七、疑似接種劑量不足怎麼辦？

答：原則性處理方式如下：

1. 接種 3 個月後檢視是否有卡介苗疤痕。
2. 無疤痕者得進行結核菌素測驗(TST)。
3. TST(<10mm)陰性者，家屬依嬰兒最大健康利益評估接種與否。

八、嬰兒時期未接種，但在 1 歲以上(或國小一年級)欲接種者，該進行哪些前置評估？

答：查無接種紀錄者，無需進行結核菌素測驗，由家屬依幼童之最大健康利益選擇接種與否。

九、若幼童已逾「兒童健康手冊」卡介苗接種時程甚久，或因移民等原因未曾接種過卡介苗，是否需接種卡介苗？

答：隨著年紀增長，人體免疫力逐漸提升，卡介苗的保護力相對下降，甚至無法避免成人罹患結核病。因此，若幼童已逾「兒童健康手冊」卡介苗接種時程甚久，應依個別狀況向家屬說明，包含移民地/回國居住地之結核病發生率、接種卡介苗的目的、可能的不良反應等，再由家屬依幼童之最大健康利益選擇接種與否。

國家圖書館出版品預行編目

結核病防治工作手冊 / 衛生福利部疾病管制署編.

-- 第三版. -- 臺北市：疾管署, 2017.03

面；公分. -- (防疫學苑系列)

ISBN 978-986-05-2036-1(平裝)

1.結核病 2.結核病防治 3.手冊

415.2773

106003110

防疫學苑系列 023

結核病防治工作手冊

Tuberculosis Control Manual

編者：衛生福利部疾病管制署

出版機關：衛生福利部疾病管制署

地址：臺北市林森南路 6 號

電話：02-23959825

網址：www.cdc.gov.tw

印刷：彩之坊科技股份有限公司

地址：235 新北市中和區中山路二段 323 號

電話：(02)2243-3153

出版年月：2017 年 3 月

版次：第三版

定價：新臺幣 300 元

展售處

基隆	五南文化海洋書坊	地址：(202)基隆市北寧路二號	電話：(02)2463-6590
台北	國家書店松江門市	地址：(104)台北市松江路 209 號 1 樓	電話：(02)2518-0207
	五南文化台大店	地址：(100)台北市羅斯福路四段 160 號	電話：(02)2368-3380
	誠品信義旗艦店	地址：(110)台北市信義區松高路 11 號	電話：(02)8789-3388
台中	五南文化台中總店	地址：(400)台中市區中山路 6 號	電話：(04)2226-0330
	逢甲店	地址：(407)台中市河南路二段 240 號	電話：(04)2705-5800
	嶺東書坊	地址：(408)台中市南屯區嶺東路 1 號	電話：(04)2385-3672
高雄	五南文化高雄店	地址：(800)高雄市中山一路 262 號	電話：(07)235-1960
屏東	五南文化屏東店	地址：(900)屏東市中山路 46-2 號	電話：(08)732-4020
網路書店	國家網路書店	網址：http://www.govbooks.com.tw	
	五南網路書店	網址：http://www.wunanbooks.com.tw/	
	誠品網路書店	網址：http://www.eslitebooks.com/	
	博客來網路書店	網址：http://www.books.com.tw/	

GPN：1010600371

ISBN：978-986-05-2036-1 (平裝)

本書同時登載於衛生福利部疾病管制署網站，網址 <http://www.cdc.gov.tw>

請尊重智慧財產權，欲利用內容者，須徵求衛生福利部疾病管制署同意或書面授權

