

## 附錄 2-1

**人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例**

中華民國七十九年十二月十七日總統(79)華總(一)義字第七二一〇號令制定公布全文二十二條

中華民國八十六年十二月三十日總統(86)華總義字第八六〇〇二八〇五三〇號令修正公布第五條至第七條、第九條、第十四條至第十八條條文；並增訂第六條之一、第八條之一條文

中華民國八十八年四月二十一日總統(88)華總一義字第八八〇〇〇八四〇五〇號令修正公布第九條條文

中華民國八十九年一月十九日總統(89)華總一義字第八九〇〇〇一一九五〇號令修正公布第三條條文

中華民國八十九年七月十九日總統(89)華總一義字第八九〇〇一七七七一〇號令修正公布第十條、第十四條條文；並增訂第十四條之一條文

中華民國九十四年二月五日總統華總一義字第〇九四〇〇〇一六八七一號令修正公布第七條、第九條、第十四條、第十四條之一、第十八條條文；並增訂第九條之一條文

中華民國九十六年七月十一日總統華總一義字第〇九六〇〇〇八九六二一號令修正公布全文二十七條（原名稱：後天免疫缺乏症候群防治條例）

**第一條** 為防止人類免疫缺乏病毒之感染、傳染及維護國民健康，並保障感染者權益，特制定本條例。

**第二條** 本條例所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

**第三條** 本條例所稱人類免疫缺乏病毒感染者（以下簡稱感染者），指受該病毒感染之後天免疫缺乏症候群患者及感染病毒而未發病者。

**第四條** 感染者之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視，拒絕其就學、就醫、就業、安養、居住或予其他不公平之待遇，相關權益保障辦法，由中央主管機關會商中央各目的事業主管機關訂定之。

中央主管機關對感染者所從事之工作，為避免其傳染於人，得予必要之執業執行規範。

非經感染者同意，不得對其錄音、錄影或攝影。

**第五條** 中央主管機關應邀集感染者權益促進團體、民間機構、學者專家

及各目的事業主管機關代表，參與推動人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障事項；其中單一性別不得少於三分之一，且感染者權益促進團體、民間機構及學者專家之席次比例，不得少於二分之一。

前項防治及權益保障事項包括：

- 一、整合、規劃、諮詢、推動人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障相關事項。
- 二、受理感染者權益侵害協調事宜。
- 三、訂定權益保障事項與感染者權益侵害協調處理及其他遵行事項之辦法。

第一項之感染者權益促進團體及民間機構代表由各立案之民間機構、團體互推後，由主管機關遴聘之。

第六條 中央主管機關得指定醫事機構及研究單位，從事人類免疫缺乏病毒有關之檢驗、預防及治療；其費用由中央主管機關編列預算，並得委任中央健康保險局給付之。

前項之檢驗、預防及治療費用給付對象、額度、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第七條 主管機關應辦理人類免疫缺乏病毒之防治教育及宣導。

中央各目的事業主管機關應明訂年度教育及宣導計畫；其內容應具有性別意識，並著重反歧視宣導，並由機關、學校、團體及大眾傳播媒體協助推行。

第八條 有下列情形之一者，應接受人類免疫缺乏病毒及其他性病防治講習：

- 一、經查獲有施用或販賣毒品之行為。
- 二、經查獲意圖營利與他人為性交或猥褻之行為。
- 三、與前款之人為性交或猥褻之行為。

前項講習之課程、時數、執行單位及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第九條 主管機關為防止人類免疫缺乏病毒透過共用針具、稀釋液或容器

傳染於人，得視需要，建立針具提供、交換、回收及管制藥品成癮替代治療等機制；其實施對象、方式、內容與執行機構及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

因參與前項之機制而提供或持有針具或管制藥品，不負刑事責任。

第十條 旅館業及浴室業，其營業場所應提供保險套及水性潤滑劑。

第十一條 有下列情形之一者，應事先實施人類免疫缺乏病毒有關檢驗：

- 一、採集血液供他人輸用。
- 二、製造血液製劑。
- 三、施行器官、組織、體液或細胞移植。

前項檢驗呈陽性反應者，不得使用。

醫事機構對第一項檢驗呈陽性反應者，應通報主管機關。

第一項第一款情形，有緊急輸血之必要而無法事前檢驗者，不在此限。

第十二條 感染者有提供其感染源或接觸者之義務；就醫時，應向醫事人員告知其已感染人類免疫缺乏病毒。

主管機關得對感染者及其感染源或接觸者實施調查。但實施調查時不得侵害感染者之人格及隱私。

感染者提供其感染事實後，醫事機構及醫事人員不得拒絕提供服務。

第十三條 醫事人員發現感染者應於二十四小時內向地方主管機關通報；其通報程序與內容，由中央主管機關訂定之。

主管機關為防治需要，得要求醫事機構、醫師或法醫師限期提供感染者之相關檢驗結果及治療情形，醫事機構、醫師或法醫師不得拒絕、規避或妨礙。

第十四條 主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。

第十五條 主管機關應通知下列之人，至指定之醫事機構，接受人類免疫

缺乏病毒諮詢與檢查：

- 一、接獲報告或發現感染或疑似感染人類免疫缺乏病毒者。
- 二、與感染者發生危險性行為、共用針具、稀釋液、容器或有其他危險行為者。
- 三、經醫事機構依第十一條第三項通報之陽性反應者。
- 四、輸用或移植感染人類免疫缺乏病毒之血液、器官、組織、體液者。
- 五、其他經中央主管機關認為有檢查必要者。

前項檢查費用，由中央主管機關及中央各目的事業主管機關編列之，前項第五款有檢查必要之範圍，由中央主管機關公告之。

第一項所列之人，亦得主動前往主管機關指定之醫事機構，請求諮詢、檢查。

醫事人員除因第十一條第一項規定外，應經當事人同意及諮詢程序，始得抽取當事人血液進行人類免疫缺乏病毒檢查。

第十六條 主管機關對於經檢查證實感染人類免疫缺乏病毒者，應通知其至指定之醫療機構治療或定期接受症狀檢查。

前項治療之對象，應包含受本國籍配偶感染或於本國醫療過程中感染之外籍（含大陸地區、香港澳門）配偶及在臺灣地區居留之我國無戶籍國民。

前二項之檢驗及治療費用，由中央主管機關編列之，治療費用之給付及相關辦法，由中央主管機關訂定之。

主管機關在執行第一項及第二項規定時，應注意執行之態度與方法，尊重感染者之人格與自主，並維護其隱私。

第十七條 醫事人員發現感染者之屍體，應於二十四小時內向地方主管機關通報，地方主管機關接獲通報時，應立即指定醫療機構依防疫需要及家屬意見進行適當處理。

第十八條 中央主管機關對入國（境）停留達三個月以上或居留之外國人、大陸地區人民、香港或澳門居民，得採行檢查措施，或要求其提出最近三個月內人類免疫缺乏病毒抗體之檢驗報告。

前項檢查或檢驗結果呈陽性反應者，中央主管機關應通知外交部或入出國管理機關撤銷或廢止其簽證或停留、居留許可，並令其出國（境）。

外國人、大陸地區人民、香港或澳門居民拒絕依第一項規定檢查或提出檢驗報告者，中央主管機關應通知外交部或入出國管理機關撤銷或廢止其簽證或停留、居留許可，並令其出國（境）。

第十九條 依前條規定出國（境）者，再申請簽證或停留、居留許可時，外交部、入出國管理機關得核給每季不超過一次，每次不超過十四天之短期簽證或停留許可，並不受理延期申請；停留期間如有違反本條例規定者，不受理其後再入境之申請。

前項對象於許可停留期間，不適用第六條第一項規定。

第二十條 依第十八條第二項規定令其出國（境）者，如係受本國籍配偶傳染或於本國醫療過程中感染及我國無戶籍國民有二親等內之親屬於臺灣地區設有戶籍者，得以書面向中央主管機關提出申覆。

前項申覆，以一次為限，並應於出國（境）後於六個月內為之。但尚未出國（境）者，亦得提出，申覆期間得暫不出國（境）。

申覆案件經確認符合前二項規定者，中央主管機關應通知外交部或入出國管理機關於受理申覆者申請簽證、停留、居留或定居許可時，不得以其人類免疫缺乏病毒抗體檢驗陽性為唯一理由，對其申請不予許可。

第二十一條 明知自己為感染者，隱瞞而與他人進行危險性行為或有共用針具、稀釋液或容器等之施打行為，致傳染於人者，處五年以上十二年以下有期徒刑。

明知自己為感染者，而供血或以器官、組織、體液或細胞提供移植或他人使用，致傳染於人者，亦同。

前二項之未遂犯罰之。

危險性行為之範圍，由中央主管機關參照世界衛生組織相關規定訂之。

第二十二條 違反第十一條第一項或第二項規定者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰，因而致人感染人類免疫缺乏病毒者，處三年以上十年以下有期徒刑。

第二十三條 違反第十一條第三項、第十二條、第十三條、第十四條、第十五條第一項及第四項、第十七條或拒絕第十六條規定之檢查或治療者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

違反第四條第一項或第三項、醫事機構違反第十二條第三項規定者，處新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰鍰。

前二項之情形，主管機關於必要時，得限期令其改善；屆期未改善者，按次處罰之。

醫事人員有第一項、第二項情形之一而情節重大者，移付中央主管機關懲戒。

第二十四條 違反第十條規定，經令其限期改善，屆期未改善者，處營業場所負責人新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

違反第八條第一項不接受講習者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。

第二十五條 本條例所定之罰鍰，由直轄市或縣(市)主管機關處罰之。但第二十三條之罰鍰，亦得由中央主管機關處罰。

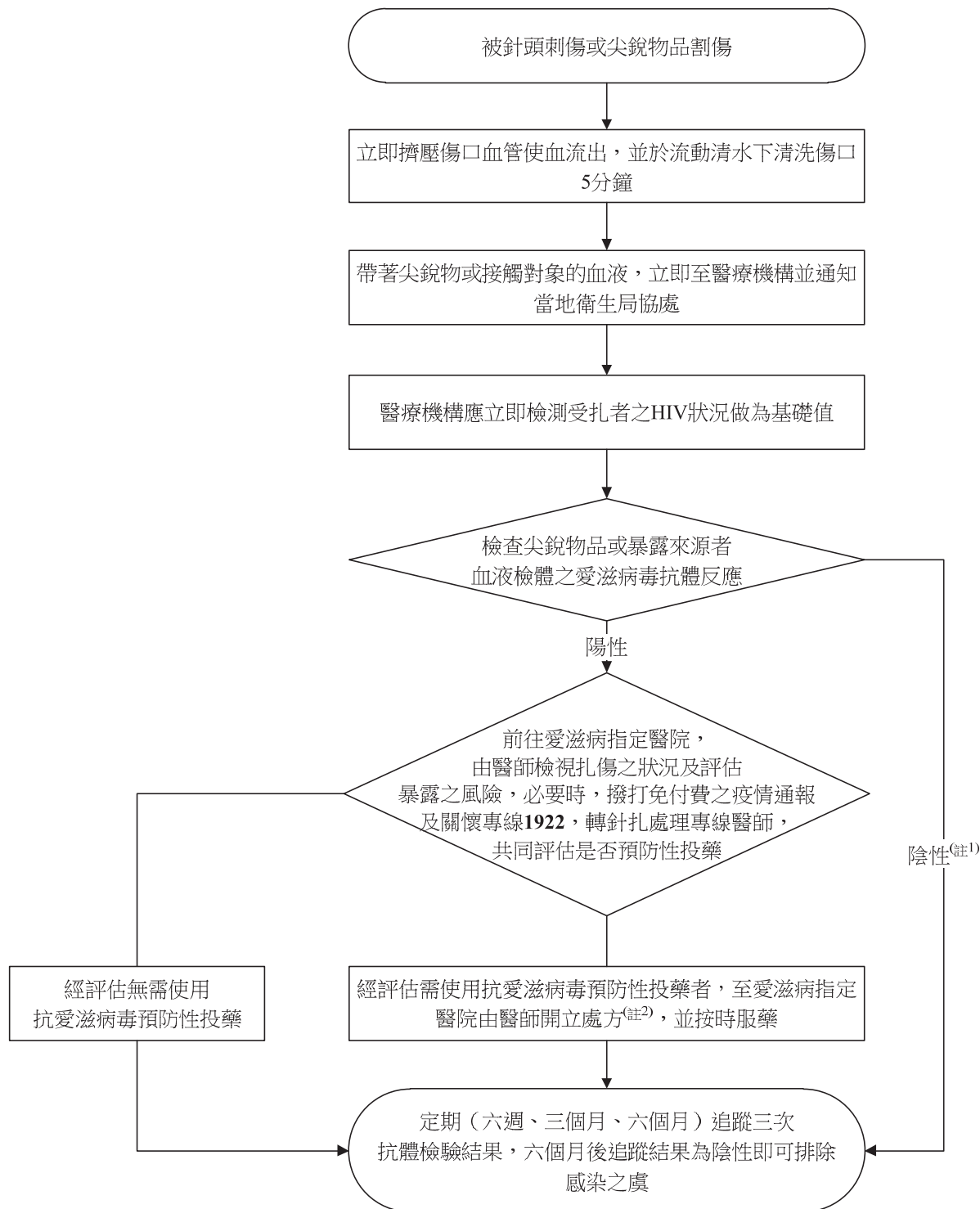
第二十六條 提供感染者服務工作或執行本條例相關工作著有績效者，中央主管機關應予獎勵。

提供感染者服務工作或執行本條例相關工作而感染人類免疫缺乏病毒者，其服務機關(構)應給予合理補償；其補償之方式、額度及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

第二十七條 本條例自公布日施行。

附錄 2-2

### 尖銳物扎傷處理流程



註：1. 若檢驗陰性，仍有可能處於空窗期，因此該檢驗結果僅為綜合判斷之一環，如暴露來源者有感染 HIV 之高風險行為（如藥癮者共用針頭等），則應到愛滋病指定醫院，由醫師判斷是否需用藥。

2. 預防性投藥要越早越好，最好是在暴露後 6 小時內，且不要超過 72 小時。

## 附錄 2-3

### 行政院衛生署公告

中華民國 97 年 1 月 18 日 行政院衛生署署授疾字第 0970000016 號公告

主旨：公告「有接受人類免疫缺乏病毒檢查必要者之範圍」，並自即日生效。

依據：人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 15 條第 1 項第 5 款及第 2 項。

公告事項：有接受人類免疫缺乏病毒檢查必要者之範圍如下：

- 一、意圖營利與人為性交或猥褻之行為者及相對人。
- 二、毒品施打、吸食或販賣者。
- 三、查獲三人以上（含三人）有吸食毒品之藥物濫用性派對參加者。
- 四、矯正機關收容人。
- 五、性病患者。
- 六、外籍勞工。
- 七、役男。
- 八、義務役預備軍官及預備士官、常備兵。
- 九、嬰兒其生母查無孕期人類免疫缺乏病毒檢查報告或診治醫師認為有檢查必要者。



## 附錄 2-4

**人類免疫缺乏病毒及其他性病防治講習辦法**

中華民國 95 年 3 月 22 日 行政院衛生署署授疾字第 0950000168 號令訂定發布全文十條

中華民國 97 年 1 月 21 日 行政院衛生署署授疾字第 0970000034 號令修正發布名稱及第一條、第二條、第四條、第六條、第七條條文(原名稱：後天免疫缺乏症候群及其他性病防治講習辦法)

第一條 本辦法依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第八條第二項規定訂定之。

第二條 衛生主管機關、警察機關人員對於講習對象之人格及隱私應予保障，不得洩漏。

第三條 後天免疫缺乏症候群及其他性病防治講習，由查獲地直轄市政府或縣市政府執行，並得委任所屬機關或委託醫療院所等專業機構執行。

第四條 講習對象如下：

- 一、經查獲有施用或販賣毒品之行為者。
- 二、經查獲意圖營利與他人為性交或猥褻之行為者。
- 三、與前款之人為性交或猥褻之行為者。

前項講習對象被查獲時，有使用保險套者，免參加講習。

第五條 本講習之課程，包含後天免疫缺乏症候群及性病之簡介、傳染途徑及其有關預防、治療事項。

第六條 講習之時數，每次以二小時為限。

第七條 警察機關查獲第四條所列之對象時，應協助通知該對象於時限內參加當地衛生主管機關依本辦法辦理之講習。

講習對象於接獲通知後，應依指定日期攜帶通知單及身分證明文件，前往講習場所報到。

第八條 講習對象因病、出國、服役、服刑、受保安處分、動員徵召或有其他正當理由，未能依指定日期參加講習者，應檢具相關證明文件向通知單位申請改期。

前項改期之申請，以一次為限。

第九條 辦理本講習所需經費，由地方衛生主管機關編列預算支應之。

第十條 本辦法自發布日施行。

## 附錄 2-5

## 篩檢諮詢建議

## 壹、篩檢前諮詢：

一、了解個案為何要來做篩檢

二、檢視個案的感染風險：

- (一)  性行為
- 1.  未全程戴保險套
  - 2.  有金錢或藥物的交易
  - 3.  嗑藥時發生不安全性行為
  - 4.  與愛滋感染者發生不安全性行為
  - 5.  與多位或不熟識性伴侶發生不安全性行為
  - 6.  與同性間發生不安全性行為

(註：不安全性行為一指性行為過程中，未正確使用保險套)

- (二)  非性行為
- 1.  注射毒品者
  - 2.  與他人共用針具稀釋液及容器

三、解釋愛滋病毒的傳染途徑：

(一) 性行為傳染：

任何無保護性（未全程正確使用保險套）之口腔、肛門、陰道等方式之性交均有可能感染。

(二) 血液交換傳染：

1. 共用注射針頭、針筒或稀釋液。
2. 使用或接觸被愛滋病毒污染的血液、血液製劑，如輸血、職業針扎事件等。
3. 接受愛滋病毒感染者之器官移植。

### (三) 母子垂直感染：

嬰兒會被已感染病毒的母親在妊娠期、生產過程、或因授乳而感染。

### 四、說明檢驗結果的意義：

本項愛滋病毒抗體篩檢，需 3 天可知檢驗結果。篩檢呈陽性反應，尚不能確認為愛滋病毒感染，檢體須再作西方墨點法確認試驗。

篩檢結果為陰性者，可能處於空窗期，不能完全排除感染，建議個案半年後再篩檢一次，期間請避免捐血或發生危險性行為。

### 五、解釋檢驗結果的保密性與依法執行通報

各級衛生機關及醫事人員對於個案的檢驗結果及個人隱私，均需妥善保護，並負保密之責。確認陽性個案則依法需執行通報，並由衛生局輔導轉介愛滋病指定醫院，協助後續照護及治療。

### 六、簽署同意書（如附件）

## 貳、篩檢後諮詢：

- 一、不管個案篩檢結果是陽性或陰性，都應該告知當事人個人的檢驗結果。
- 二、篩檢結果為陰性者，為了保護自己與他人的健康，告知預防傳染愛滋病毒的方法。另外陰性不能完全排除感染，可能處於空窗期，建議個案半年後再篩檢一次，期間請避免捐血或發生危險性行為。
- 三、篩檢結果為陽性，告知其所代表的意思，轉介個案至愛滋病指定醫院（請至疾管署全球資訊網查詢，網址[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)）做進一步的檢查與諮詢。
- 四、目前台灣提供愛滋病患者高效能抗病毒藥物治療(俗稱雞尾酒治療)，治療後均能有效延長生命 10-20 年以上且大幅提升生活品質，只要遵循醫囑，不必太過憂心。
- 五、提供個案愛滋相關之諮詢電話、愛滋民間團體資訊等單張。

六、針對藥癮者，介紹清潔針具計畫、美沙冬服務內容和地點等資訊（請參考網址：[www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)）。

## 範例

## 篩檢注意事項

## 一、愛滋病毒的傳染途徑

## (一) 性行為傳染：

任何無保護性(未全程正確使用保險套)之口腔、肛門、陰道等方式之性交，均有可能感染。

## (二) 血液交換傳染：

1. 共用注射針頭、針筒或稀釋液。
2. 使用或接觸被愛滋病毒污染的血液、血液製劑，如輸血、針扎等。
3. 接受愛滋病毒感染者之器官移植。

## (三) 母子垂直感染：

嬰兒被已感染病毒的母親在妊娠期、生產過程或因授乳而感染。

## 二、本項愛滋病毒抗體篩檢，需三天可知檢驗結果。篩檢結果與相關注意事項如下：

## (一) 篩檢呈陰性反應：

1. 為了保護您與他人的健康，建議您仍需採取預防措施，避免透過以上途徑傳染愛滋病毒。
2. 可能處於空窗期，無法完全排除感染，建議您半年後再篩檢一次，期間並請避免捐血或發生危險性行為。

## (二) 篩檢呈陽性反應：

1. 仍不能確認為愛滋病毒感染，須再做西方墨點法確認試驗。
2. 如確認為感染者，可至愛滋病指定醫院(請詳見疾病管制局全球資訊網 [www.cdc.gov.tw](http://www.cdc.gov.tw)) 進行後續照護及治療，愛滋病免費諮詢電話：0800-888995 或免付費之疫情通報及關懷專線：1922。
3. 目前台灣提供高效能抗病毒藥物治療(俗稱雞尾酒治療)，治療後均能有效延長生命 10-20 年以上且大幅提升生活品質，只要您遵循醫囑，不必太過憂心。

## 三、本院對於您的檢驗結果及個人隱私，均會妥善保護，並負保密之責。

## 篩檢同意書

經過說明，本人已經了解愛滋病毒篩檢的方法與意義，以及愛滋病毒的傳染途徑，本次篩檢是具名保密檢驗，檢驗結果若為陽性，將以密件方式報告地方衛生機關，以提供後續就醫轉介服務，本人同意接受篩檢。

立同意書人：

身分證(居留証)字號：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國            年            月            日



## 附錄 2-7

**新生兒愛滋篩檢同意書**

親愛的家長，您好！愛滋病毒會透過懷孕、分娩或哺乳期間傳染給寶寶，由於您在懷孕期間沒有檢驗過愛滋病毒，或是您在懷孕期間檢驗過是陰性，但是為了避免空窗期及其他可能造成寶寶感染之因素，在寶寶出生後建議您同意給寶寶做愛滋病毒檢驗。初步的檢驗結果（不是最後的結果，還需要再作確認檢驗）可以在 12 小時之內獲知，如果寶寶疑似受到愛滋病毒感染，醫師可以立即使用藥物預防寶寶受到感染，同時幫助您決定是否給寶寶哺餵母乳。

如果初步檢測結果呈現陽性，表示寶寶曾經暴露於愛滋病毒，但是並不表示寶寶已經被感染，寶寶出生 18 個月內需要配合預防性治療及定期追蹤。同時您自己也應該立即接受檢測，如果確定患有愛滋病毒，請與醫師討論進一步治療，愈早發現感染及早治療，透過免疫力的改善及藥物治療，可以延長存活的時間，及提升生活品質，陪伴初生的寶貝成長。

請放心本項愛滋病毒檢測是保密的，檢驗結果只有醫師及提供保健照護的工作人員知悉。若有任何疑問，請隨時致電免付費之疫情通報及關懷專線 1922，確保您和寶寶獲得最及時的服務！

衛生福利部疾病管制署 敬上

本人已經詳細閱讀說明，並由醫護人員充分告知後，了解其目的、方法及重要性。

- 我同意讓寶寶接受愛滋病毒篩檢  
我不同意讓寶寶接受愛滋病毒篩檢

法定代理人（適格代理人）： (簽名)

身分證（居留証）字號：

通訊地址：

聯絡電話：

西元 年 月 日

本聯由醫療院所留存



## 附錄 3-1

**醫事人員發現人類免疫缺乏病毒感染者通報辦法**

中華民國九十七年三月二十五日行政院衛生署署授疾字第0九七0000二  
0六號令訂定發布全文八條

第一條 本辦法依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例（以下稱本條例）第十三條第一項規定訂定之。

第二條 本辦法所定應通報之對象如下：

- 一、感染人類免疫缺乏病毒而未發病者（以下稱未發病者）。
- 二、受人類免疫缺乏病毒感染之後天免疫缺乏症候群患者（以下稱發病者）。
- 三、出生月齡在十八月以下之嬰幼兒疑似感染人類免疫缺乏病毒者（以下稱嬰幼兒疑似感染者）。
- 四、其他經中央主管機關認為有必要通報者。

第三條 醫師發現應通報對象時，除立即通報當地主管機關外，並應即採行必要之感染控制措施。

醫師以外之醫事人員執行業務，發現應通報對象時，除立即通報當地主管機關外，並應即報告其診療醫師。

前二項通報資料不全者，地方主管機關得限期令其補正。

第四條 醫事人員通報時，應檢具下列資料：

- 一、未發病者：傳染病個案報告單。內容包括感染者之姓名、國民身分證統一編號或護照號碼及居留證號、性別、出生日期、住居所、診斷日期、檢驗確認單位、感染危險因子等資料。
- 二、發病者：後天免疫缺乏症候群個案報告單。內容包括發病者之姓名、國民身分證統一編號或護照號碼及居留證號、性別、出生日期、診斷日期、診斷依據等資料。
- 三、嬰幼兒疑似感染者：母子垂直感染之疑似個案報告單。內容包括嬰幼兒疑似感染者之姓名、性別、出生日期、住居所、出生是否

給予預防性投藥、採檢項目、抽血日期及其生母姓名、國民身分證統一編號等資料。

第五條 通報方式，應以書面或網路為原則，必要時，得先以電話或電子文件等方式先行通知。

第六條 地方主管機關接獲前條通報後，應即轉報中央主管機關，並將相關疫情調查資料適時通報中央主管機關。

第七條 地方主管機關對其收受之通報個案應予列案管理，並依疫情需要，定期予以訪視安排接受診療或必要之輔導。

第八條 本辦法自發布日施行。

附錄 3-2

法定及新興傳染病個案（含疑似病例）報告單

請保護病人隱私權

103/06/27

醫院 資料	醫院/診所	院所 代碼									電話
	診斷醫師	院所 地址	縣 市	鄉鎮 市區	街 路	段 巷	號				

1 患者 資料	患者 姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 日期	年 月 日	身分證字號/護照號碼					
	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 居留□外籍勞工□外籍人士 身分□大陸人士□外籍配偶 □大陸配偶□未知		公 家 手 機	電話	婚 姻 狀 況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 未知				
	居住 所	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 巷	弄 號	樓 之	職 業	動物接觸史（近 3 個月內） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

2 病 歷 與 日 期	病歷 號碼	發病 日期	年 月 日	旅遊史（近 3 個月內） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 地點_____		
	主要 症狀/ 相關 疫苗 接種 史	診斷 日期	年 月 日	期間 _____ 年 月 日 至 _____ 年 月 日		
	住院 情況	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 轉院 轉至_____	日期 年 月 日	院所	檢體 採檢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 死亡 日期

3 疾 病 資 料	<b>第一類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 天花 <input type="checkbox"/> 鼠疫 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 嚴重急性呼吸道症候群 <b>第二類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 白喉 <input type="checkbox"/> 炭疽病 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 <input type="checkbox"/> 流行性腦脊髓膜炎 <input type="checkbox"/> 登革熱 <input type="checkbox"/> 登革出血熱/登革休克症候群 <input type="checkbox"/> 傷寒 <input type="checkbox"/> 副傷寒 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺症 <input type="checkbox"/> 急性無力肢體麻痺 <input type="checkbox"/> 桿菌性痢疾 <input type="checkbox"/> 阿米巴性痢疾 <input type="checkbox"/> 霍亂 <input type="checkbox"/> 急性病毒性 A 型肝炎 <input type="checkbox"/> 腸道出血性大腸桿菌感染症 <input type="checkbox"/> 漢他病毒症候群 <input type="checkbox"/> 漢他病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 漢他病毒肺炎症候群 <input type="checkbox"/> 瘧疾 <input type="checkbox"/> 屈公病 <input type="checkbox"/> 西尼羅熱 <input type="checkbox"/> 流行性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> 多重抗藥性結核病	<b>第三類傳染病</b> <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 日本腦炎 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 先天性德國麻疹症候群 急性病毒性肝炎（除 A 型外） <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> C 型 <input type="checkbox"/> D 型 <input type="checkbox"/> E 型 <input type="checkbox"/> 未定型， 已檢驗_____血清型標記 <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 <input type="checkbox"/> 退伍軍人病 <input type="checkbox"/> 侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 新生兒破傷風 <input type="checkbox"/> 腸病毒感染症併發重症 <input type="checkbox"/> 漢生病 人類免疫缺乏病毒感染 <input type="checkbox"/> HIV 感染未發病 <input type="checkbox"/> HIV 感染已發病 AIDS： HIV/AIDS 請註明感染危險因子： _____ W.B. 確認檢驗單位： _____ NAT 確認檢驗單位： _____	<b>第四類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 疱疹 B 病毒感染症 <input type="checkbox"/> 鉤端螺旋體病 <input type="checkbox"/> 類鼻疽 <input type="checkbox"/> 肉毒桿菌中毒 <input type="checkbox"/> 侵襲性肺炎鏈球菌感染症 <input type="checkbox"/> Q 熱 <input type="checkbox"/> 地方性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> 萊姆病 <input type="checkbox"/> 兔熱病 <input type="checkbox"/> 恙蟲病 <input type="checkbox"/> 水痘併發症 <input type="checkbox"/> 弓形蟲感染症 <input type="checkbox"/> 流感併發症 <input type="checkbox"/> 布氏桿菌病 <input type="checkbox"/> 庫賈氏病 <b>第五類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 裂谷熱 <input type="checkbox"/> 拉薩熱 <input type="checkbox"/> 馬堡病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 伊波拉病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 黃熱病 <input type="checkbox"/> 中東呼吸症候群冠狀病毒感染症 <input type="checkbox"/> 新型 A 型流感 <input type="checkbox"/> 其他_____
--------------------	--	---	--

4 備 註	1. 結核病： <input type="checkbox"/> 抗酸菌塗片： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間____年____月____日 <input type="checkbox"/> 結核菌培養： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間____年____月____日 <input type="checkbox"/> 聚合酶連鎖反應 PCR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間____年____月____日 <input type="checkbox"/> 典型結核病理報告，檢查時間____年____月____日， <input type="checkbox"/> 有肋膜積水 <input type="checkbox"/> 胸部或其他 X 光檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 無空洞 <input type="checkbox"/> 有空洞，檢查時間____年____月____日；
	2. 自行檢驗結果：

以下為衛生單位填寫

承辦（代填）人簽章	科（處）長簽章
-----------	---------

一式二聯：第一聯衛生局留存

\* 傳染病突發流行，請先打電話或傳真通知當地衛生局，再上網通報或傳真或寄此報告單。  
 紅色者為 2 小時內通報，黑色者為 1 週內通報。綠色者為一個月內通報、藍色者為非法定傳染病，診斷後為疑似者應儘速通報。

限時專送
------

廣告回信

市  
縣鄉鎮  
市區

路(街)

段 巷 弄 號 樓 緘

**○○○衛生局第一科(處)(疾病管制科) 收**  
**○○縣/市○○鄉鎮市區○段○巷 ○弄○○號**

備註說明：

1. 中華民國 103 年 6 月 27 日部授疾字第 1030100927 號公告新增第五類傳染病「新型 A 型流感」，及移除第一類傳染病「H5N1 流感」及第五類傳染病「H7N9 流感」。
2. 中華民國 102 年 12 月 27 日部授疾字第 1020103975 號公告修正第四類傳染病「水痘」為「水痘併發症」。
3. 中華民國 102 年 6 月 07 日署授疾字第 1020100731 號公告將「新型冠狀病毒感染症」修正名稱為「中東呼吸症候群冠狀病毒感染症」，及將「貓抓病」及「NDM-1 腸道菌感染症」自第四類傳染病移除。
4. 中華民國 102 年 4 月 03 日署授疾字第 1020100463 號公告新增「H7N9 流感」為第五類傳染病。
5. 中華民國 102 年 3 月 14 日署授疾字第 1020100343 號公告修正原「新型冠狀病毒呼吸道重症」更名為「新型冠狀病毒感染症」。
6. 中華民國 102 年 1 月 24 日署授疾字第 1020100062 號公告修正「炭疽病」自第一類傳染病移列至第二類傳染病。
7. 中華民國 101 年 10 月 3 日署授疾字第 1010101167 號公告新增「新型冠狀病毒呼吸道重症」為第五類傳染病。
8. 中華民國 101 年 2 月 7 日署授疾字第 1010100098 號公告新增「布氏桿菌病」為第四類傳染病，請依第四類傳染病之報告時限、通報及相關防治措施規定辦理。
9. 中華民國 100 年 9 月 16 日署授疾字第 1000100896 號將第四類法定傳染病「流感併發重症」之名稱修正為「流感併發症」。
10. 中華民國 99 年 9 月 9 日署授疾字第 0990001077 號公告新增「NDM-1 腸道菌感染症」為第四類傳染病，請依第四類傳染病之報告時限、通報及相關防治措施規定辦理。
11. 中華民國 98 年 6 月 19 日行政院衛生署署授疾字第 0980000829 號公告修正 H1N1 新型流感自第一類傳染病刪除，罹患流感併發重症屬 H1N1 新型流感病毒感染者，請依第四類傳染病之報告時限、通報及相關防治措施規定辦理。
12. 中華民國 97 年 10 月 24 日署授疾字第 0970001187 號公告修正「癩病」名稱為「漢生病」、「腮腺炎」名稱為「流行性腮腺炎」；增列「人類免疫缺乏病毒感染」乙項為第三類傳染病。並自 2008 年 11 月 1 日起生效。
13. 發現疑似霍亂、傷寒、痢疾、百日咳、流行性腦脊髓膜炎等急性細菌性傳染病，請於投藥前先採檢，有關檢體協助送檢或其他傳染病個案之採檢事宜，請參考衛生福利部疾病管制署「傳染病防治工作手冊」或逕洽所轄衛生單位。
14. 未定型肝炎—上述血清學標記已檢驗項目為「陰性」，概屬未定型。通報急性病毒性 D 型、E 型肝炎及未定型肝炎之個案，應送檢體至本署實驗室檢驗，其餘急性病毒性採檢事宜，請參考衛生福利部疾病管制署「防疫檢體採檢手冊」辦理。
15. HIV 感染未發病：需經 Western Blot 或 NAT 確認陽性，通報時請附加陽性檢驗報告或註明確認檢驗單位。HIV 感染已發病 (AIDS)：除需符合前述外，另患者必須出現念珠菌症、肺囊蟲肺炎等同機性感染或 CD<sub>4</sub><200Cells/mm<sup>3</sup>，方可認定為已發病，並請加填「後天免疫缺乏症候群個案報告單」。
16. 本報告單可以採郵寄或傳真方式送所轄衛生單位或上網通報，於必要時得先以電話向當地衛生局通報。
17. 通報網址：<https://ida4.cdc.gov.tw/hospital>

若您有疑問，請聯繫：

**○○○衛生局 第一科(處)(疾病管制科)防疫專線 ○○○○○○○○**



四、AIDS 確診之診斷依據：

確認 HIV 感染且 1. CD4<200 cells/mm<sup>3</sup> (CD4=\_\_\_\_\_cells/mm<sup>3</sup>) 或 2.出現以下任一種伺機性感染

診斷依據 (疾病)	確定診斷	疑似診斷	日期		診斷依據 (疾病)	確定診斷	疑似診斷	日期	
			年	月				年	月
Candidiasis of bronchi, trachea, or lungs 念珠菌症 (支氣管、氣管、或肺)		NA			Lymphoma, immunoblastic (or equivalent term) 淋巴瘤 (免疫芽細胞)		NA		
Candidiasis, esophageal 念珠菌症 (食道)					Lymphoma, primary, of brain 淋巴瘤 (腦部之初發性)		NA		
Coccidioidomycosis, disseminated or extrapulmonary 珠狀孢子蟲病 (散佈性或肺外部位)		NA			<i>Mycobacterium avium</i> complex or <i>M. kansasii</i> , disseminated or extrapulmonary 散佈性或肺外部位禽型分枝桿菌群或堪薩斯分枝桿菌感染				
Cryptococcosis, extrapulmonary 隱球菌症 (肺外)		NA			<i>M. tuberculosis</i> infection, pulmonary (plus CD4<200 cells/mm <sup>3</sup> ) 肺結核 (且 CD4<200 cells/mm <sup>3</sup> )				
Cryptosporidiosis, chronic intestinal (greater than 1 month's duration) 隱孢子蟲症 (慢性腸炎) (一個月以上)		NA			<i>M. tuberculosis</i> infection, extrapulmonary 肺外結核		NA		
Cytomegalovirus disease (other than liver, spleen, or nodes) 巨細胞病毒症 (肝臟、脾臟或淋巴結以外)		NA			<i>Mycobacterium</i> , other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary 其他種類或未確定種類的分枝桿菌引起的散佈性或肺外部位感染				
Cytomegalovirus retinitis (with loss of vision) 巨細胞病毒性視網膜炎					Pneumonia, recurrent (more than one episode in a 1-year period) 一年之內復發的肺炎				
Encephalopathy, HIV-related 愛滋病毒性腦病變		NA			<i>Pneumocystis carinii</i> ( <i>jiroveci</i> ) pneumonia 肺囊蟲肺炎				
Herpes simplex: chronic ulcer(s) greater than 1 month's duration); or bronchitis, pneumonitis, or esophagitis 單純性疱疹病毒感染：慢性潰瘍(一個月以上)或支氣管炎、肺炎及食道炎		NA			Progressive multifocal leukoencephalopathy 進行性多發性白質腦病變		NA		
Histoplasmosis, disseminated or extrapulmonary 組織胞漿菌症 (散佈性或肺外部位)		NA			Salmonella septicemia, recurrent 沙門氏菌血症 (再發性)		NA		
Isosporiasis, chronic intestinal (greater than 1 month's duration) 等孢子蟲症 (慢性腸炎) (一個月以上)		NA			Toxoplasmosis of brain 腦部弓蟲症				
Kaposi's sarcoma 卡波西氏肉瘤					Wasting syndrome due to HIV HIV 引起的消耗性症候群		NA		
Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term) 勃克氏淋巴瘤		NA			Cervical cancer, invasive 侵犯性的子宮頸癌				
Penicilliosis marneffei, disseminated or extrapulmonary 青黴菌感染 (散佈性或肺外部位)		NA			(※NA：不適用)				

備註 (補充資料)：

報告所名稱		院所住址	
診斷師簽章		聯絡電話	( )

此欄由衛生局填寫 ( 縣市衛生局 )

收到日期	_____年_____月_____日	承辦人簽章		科(課)長簽章	
------	--------------------	-------	--	---------	--

衛生福利部疾病管制署 愛滋及結核病組 (02) 2391-3490 FAX : (02) 2391-3482

## 附錄 4-1

**全國醫療服務卡發卡作業說明**

95 年 10 月 30 日衛署疾管愛字第 0950016366 號函訂定

97 年 8 月 18 日衛署疾管愛字第 0970015448 號函修訂

98 年 11 月 5 日衛署疾管愛字第 0980021822 號函修訂

100 年 7 月 27 日衛署疾管愛字第 1000300875 號函修訂

102 年 7 月 29 日疾管愛核字第 1020303033 號函修訂

**壹、總則**

一、本項作業說明係參照「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」規定辦理。

**貳、服務卡之申請對象及程序**

二、全國醫療服務卡（以下稱服務卡）之申請人，應經證實為人類免疫缺乏病毒感染（以下稱感染者），並由醫事人員依規定通報主管機關，且符合下列資格之一者：

（一）有戶籍國民。

（二）受本國籍配偶感染之外籍（含大陸地區、香港澳門）配偶，經申覆核准者。

（三）於本國醫療過程中感染之外籍（含大陸地區、香港澳門）配偶，經申覆核准者。

（四）在臺灣地區合法居留之我國無戶籍國民（以下稱無戶籍國民）。

（五）有戶籍國民之外籍（含大陸地區、香港澳門）配偶於臺灣地區合法居留且懷孕者。

（六）其他經中央主管機關認有接受人類免疫缺乏病毒相關之檢驗、預防或治療必要者。

三、符合第二點資格之申請人，得檢具下列文件，至各縣市衛生局申辦服務

卡：

(一) 共同文件：

1. 全國醫療服務卡申請書一份（附件一）。
2. 領取全國醫療服務卡權利與義務告知書一份（附件二）。

(二) 下列個別文件之一：

1. 有戶籍國民：中華民國國民身分證正反面影本一份；兒童得以戶口名簿影本一份代替之；矯正機關之收容人得以在監證明影本一份代替之。
2. 受本國籍配偶感染之外籍（含大陸地區、香港澳門）配偶，經申覆核准者：申覆核准函影本一份。
3. 於本國醫療過程中感染之外籍（含大陸地區、香港澳門）配偶，經申覆核准者：申覆核准函影本一份。
4. 在臺灣地區合法居留之我國無戶籍國民：最近三個月內向內政主管機關申請之我國國籍證明文件及有效期限內之居留證件影本各一份。
5. 有戶籍國民之外籍（含大陸地區、香港或澳門）配偶於臺灣地區合法居留且懷孕者：有效期限內之居留證件影本一份。

四、服務卡分為證明卡與臨時卡二種，其發卡對象及有效期限如下：

(一) 證明卡：

符合第二點第一款至第三款規定者；有效期限至感染者死亡為止。

(二) 臨時卡：

1. 符合第二點第四款規定者；有效期限至申請時持台灣地區居留證之居留期限為止。



2. 符合第二點第五款規定者；有效期限至申請當次懷孕過程結束為止。
3. 符合第二點第六款規定者；有效期限以三個月為原則，中央主管機關得依感染者特性延長之。

#### 五、服務卡申請、領取程序（流程如附件三）及其他注意事項：

（一）服務卡申請程序：申請人檢具第三點規定之文件，親臨或郵寄各縣市衛生局送件申請。

（二）服務卡領取程序：依領卡人身分類別分述領卡程序如下：

1. 申請人領取：申請人攜帶足資辨認照片之身分證件及全國醫療服務卡申請書一份，初次領卡感染者由衛生局人員宣讀領取全國醫療服務卡權利與義務告知書給感染者聽，請感染者於告知書上簽名；審查資料無誤後提供相關民間團體聯繫方式及服務內容（附件四）及填寫管理追蹤調查表（附件五）（本表宜採用問答方式由業務承辦人填寫，仿照定期電話追蹤方式進行，亦得由申請者自行填寫）。服務卡得予現場核發，或自收件日起二週內，以電話通知申請人審查結果與領卡時間。
2. 受託人領取：申請人於通知領卡時間內因病重無法親自領取時，由受託人檢具下列文件代領，得免填管理追蹤調查表。
  - (1) 申請人由醫療院所開具之重症證明。
  - (2) 申請人之委託書（附件六或附件七）。
  - (3) 申請人之身分證件。
  - (4) 受託人足資辨認照片之身分證件。
  - (5) 經感染者或法定代理人簽名之領取全國醫療服務卡權利與義務告知書。
3. 矯正機關代理人領取：矯正機關代理人於通知領卡時間內，攜帶

申請人委託書及簽名之領取全國醫療服務卡權利與義務告知書領取服務卡，或與所在地衛生局協議統一領取之程序，得免填管理追蹤調查表。

(三) 其他注意事項：

1. 申請人自收件日起 6 個月內需完成領卡，逾期未領取之服務卡，得由受理之衛生局予以註銷，申請人欲領取服務卡需重新申辦。
2. 持卡人遺失或損壞服務卡，得依規定，重新向各縣市衛生局申請補發。
3. 若診斷證明書證明感染者為昏迷狀態，則不須填告知書。惟感染者清醒後，則由衛生局人員訪視時補宣讀，請感染者簽名後掃描及上傳並登錄於慢性傳染病追蹤管理-愛滋及漢生子系統（以下稱追管系統）。
4. 下列文件可至疾病管制署全球資訊網 <http://www.cdc.gov.tw> 下載
  - (1) 全國醫療服務卡申請書。
  - (2) 領取全國醫療服務卡權利與義務告知書。
  - (3) 全國醫療服務卡領取委託書。
  - (4) 全國醫療服務卡領取委託書（機關用）。

六、受理辦理服務卡之單位，得因下列原因告知申請人無法立即核發，並於 2 週內通知審核結果與發卡時間。

- (一) 郵寄之申請案件。
- (二) 跨縣市之申請案件。
- (三) 因其他外力不可抗拒之因素。

### 叁、填寫卡片作業程序

七、各縣市衛生局於製發服務卡時，記載之申請人資料以不塗改為原則，若

填寫錯誤應持新的空白卡片重新填寫。但臨時卡之效期，得依申請人之身分類別，變更為居留證之有效期限。服務卡相關欄位填寫方式，說明如下：

- (一) 姓名：以繁體中文書寫，惟申請人姓名無中文姓名時，得以英文大寫代替，或併列中英文姓名。
- (二) 性別：以繁體中文書寫。
- (三) 卡別：依據追管系統全國醫療服務卡之資料填寫，若未曾發卡者則核予 A，若追管系統已填 A 卡者，則核予 B 卡，並以此類推。
- (四) 出生日期：以中華民國之年、月、日依序記載，並以阿拉伯數字書寫，且年之部分應填入 3 位數字，月與日均僅應填入 2 位數字。(例：092/03/12)
- (五) 電腦編號：共 13 碼。依追管系統 HIV 傳染病通報單電腦編號填寫。(例：951100003090)
- (六) 身分證號碼：具中華民國國民身分證者，以英文大寫與阿拉伯數字書寫。(例：A123456789)
- (七) 居留證號碼：不具中華民國國民身分證者，則填寫申請時檢具之居留證號。(例：1234567890)
- (八) 核發單位：應填受理衛生局或衛生所全名。(例：台北市政府衛生局)
- (九) 證明卡有效日期：日期記載方式同第四款。(例：095/11/10 至永久有效)
- (十) 第二點第四款臨時卡有效日期：日期記載方式同第四款。(例：095/11/10 至申請時所持臺灣地區居留證之居留期限為止)
- (十一) 第二點第五款臨時卡有效日期：日期記載方式同第四款。(例：095/11/10 至申請當次孕程終止)

## 肆、審核程序

- 八、申請人於原管縣市申請者，衛生局逕自追管系統查詢審核；如屬跨縣市申請案，應填具「全國醫療服務卡公務查詢申請表」（附件八）向該縣市所屬之疾病管制署各區管制中心查詢，並據以完成審核。
- 九、本項作業之決行層級，得由衛生局自行裁量授權決行。

## 伍、發卡後之行政程序

- 十、「全國醫療服務卡申請書」、「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」、「全國醫療服務卡領取委託書」、「切結書」應由衛生局掃描後上傳並登錄於追管系統，紙本保留六個月後即可銷毀。跨縣市申請感染者紙本資料應併同「管理追蹤調查表」於 3 日內以密件寄送至管理縣市衛生局，由管理縣市衛生局辦理更新。

## 陸、卡片銷案程序

- 十一、因原管衛生局銷案，導致持卡人已不符合發卡資格者，原管衛生局應予回收，或會同發卡衛生局回收，併該員之申請案留存發卡衛生局備查；若無法回收者，則應由申請人填具切結書（附件九）。

## 柒、附則

- 十二、本項作業應視需要轉知所屬機關業務承辦人與相關服務窗口，並備齊足量之申請文件供民眾索取。
- 十三、受理單位應注意保護申請人個人隱私，提供單一受理窗口，規劃適切之動線與隱私保護之空間，俾便辦理本項業務。

## 附件一

## 疾病管制署全國醫療服務卡申請書

申請日期： 年 月 日 新申請 遺失補發

申請人姓名	身分證字號/ 居留證號碼									
聯絡電話	聯絡地址									
中華民國國民 或 居留身分證	正面影本					反面影本				
衛生局 審核 意見 欄	1. 受理日期：_____。									
	2. <input type="checkbox"/> 同意核發全國醫療服務卡，追蹤管理系統電腦編號：_____。 <input type="checkbox"/> 不同意，不符申請條件。 理由：									
	3. 申請人非本衛生局管理追蹤個案，以公務查詢申請表向疾病管制署_____區管制中心查詢，並由該中心傳真個案疫調單供審查用。									
	承辦人：			複核：			決行：			
	電話聯絡申請人日期：			<input type="checkbox"/> 填妥「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」及「管理追蹤調查表」並更新追蹤管理系統，或以密件寄送至管理追蹤之衛生局。						
	核發全國醫療服務卡日期：									

備註：申請人自收件日起 6 個月內需完成領卡，逾期未領取之服務卡，得由受理之衛生局予以註銷，申請人欲領取服務卡需重新申辦。

102.07 修訂

## 附件二

電腦編號：\_\_\_\_\_

### 領取全國醫療服務卡權利與義務告知書

在申辦全國醫療服務卡的過程中，衛生局（所）人員會充分向我說明我的權利與義務，並且日後將定期與我聯繫，關心我的生活狀況及提供相關的疾病衛教指導。

#### 權利：

1. 當我就學、就業之權益因疾病受損時，可向各該機關（構）、學校或團體負責人提出申訴；如果申訴有遲延處理或對處理結果不服，可再向地方主管機關提出申訴；如果對於地方主管機關申訴之處理結果不服者，可再向中央主管機關提出申訴。【申訴時得委託機關（構）、團體或第三人提出。】
2. 當我安養、居住之權益因疾病受損時，可向地方主管機關提出申訴；如果對於地方主管機關申訴之處理結果不服者，可再向中央主管機關提出申訴。【申訴時得委託機關（構）、團體或第三人提出。】
3. 當我於愛滋病指定醫院因愛滋病或愛滋引起的相關疾病就醫並出示「全國醫療服務卡」，將可享有中央主管機關部份補助之醫療費用。
4. 主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。
5. 衛生局（所）人員已告知我愛滋病傳染途徑及從事各種型式性行為（包括陰道交、肛交、口交等）時應使用保險套，及不應共用針具、稀釋液或容器等施打行為，以避免再度感染的風險，特別是可能感染到抗藥性的病毒株，會造成無藥可醫的後果。

**義務：**

1. 我不應與他人進行危險無套性行為或共用針具、稀釋液或容器等施打行為，以避免觸法。
2. 衛生局（所）人員已向我說明治療費用昂貴，目前國家的愛滋醫療預算已不敷支應，我應確實遵從醫師指示服用藥物，若因服藥造成不適，將儘速與醫師或個案管理師溝通，決不自行停藥，以免造成抗藥性，亦不將藥物隨意丟棄造成浪費，確保自己可以持續享有既有的醫療資源。
3. 我了解我依法應配合衛生局（所）個案管理人員進行接觸者的告知工作，追蹤接觸者的目的在找出感染源或未知自己感染的感染者。這對控制愛滋病疫情和我的接觸者是很重要的，接觸者告知方式包括我自己告知、個管人員和我共同告知或由衛生局（所）人員告知等三種方式，衛生局（所）人員於告知接觸者時，會對感染者的資料予以保密。接觸者告知對感染者是一件困難的工作，尤其感染者可能會擔心自己的人身安全，特別是受虐的婦女、弱勢的年輕人，若我另有擔心親密伴侶暴力問題亦請跟衛生局（所）人員說明，衛生局（所）人員將一起尋求其他資源的協助，以確保我的人身安全。

以上權利義務之法規：

**人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例**

第四條： 感染者之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視，拒絕其就學、就醫、就業、安養、居住或予其他不公平之待遇，相關權益保障辦法，由中央主管機關會商中央各目的事業主管機關訂定之。

中央主管機關對感染者所從事之工作，為避免其傳染於人，得予必要之執業執行規範。

非經感染者同意，不得對其錄音、錄影或攝影。

第十二條： 感染者有提供其感染源或接觸者之義務；就醫時，應向醫事人員告知其已感染人類免疫缺乏病毒。

主管機關得對感染者及其感染源或接觸者實施調查。但實施調查時不得侵害感染者之人格及隱私。

感染者提供其感染事實後，醫事機構及醫事人員不得拒絕提供服務。

第二十一條： 明知自己為感染者，隱瞞而與他人進行危險性行為或有共用針具、稀釋液或容器等之施打行為，致傳染於人者，處五年以上十二年以下有期徒刑。

明知自己為感染者，而供血或以器官、組織、體液或細胞提供移植或他人使用，致傳染於人者，亦同。

前二項之未遂犯罰之。

危險性行為之範圍，由中央主管機關參照世界衛生組織相關規定訂之。

### 人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法

第九條： 本辦法之給付對象有下列情形者，經主管機關查核屬實，應予適當之處置：

- 一、經指定醫事機構或主管機關發現未遵循醫囑用藥或醫療處置者。
- 二、經查核健保局就醫資料有重複就醫或浪費醫療資源情形者。

前項適當處置，得由主管機關依其情節輕重，分別為下列處置：

- 一、輔導感染者至特定之指定醫事機構就醫。
- 二、不予給付前項人類免疫缺乏病毒相關之檢驗、預防及治療費用。
- 三、暫行拒絕給付人類免疫缺乏病毒相關之檢驗、預防及治療費用。



接受告知者簽名：

法定代理人簽名：

（未滿 12 歲之兒童請由法定代理人簽名）

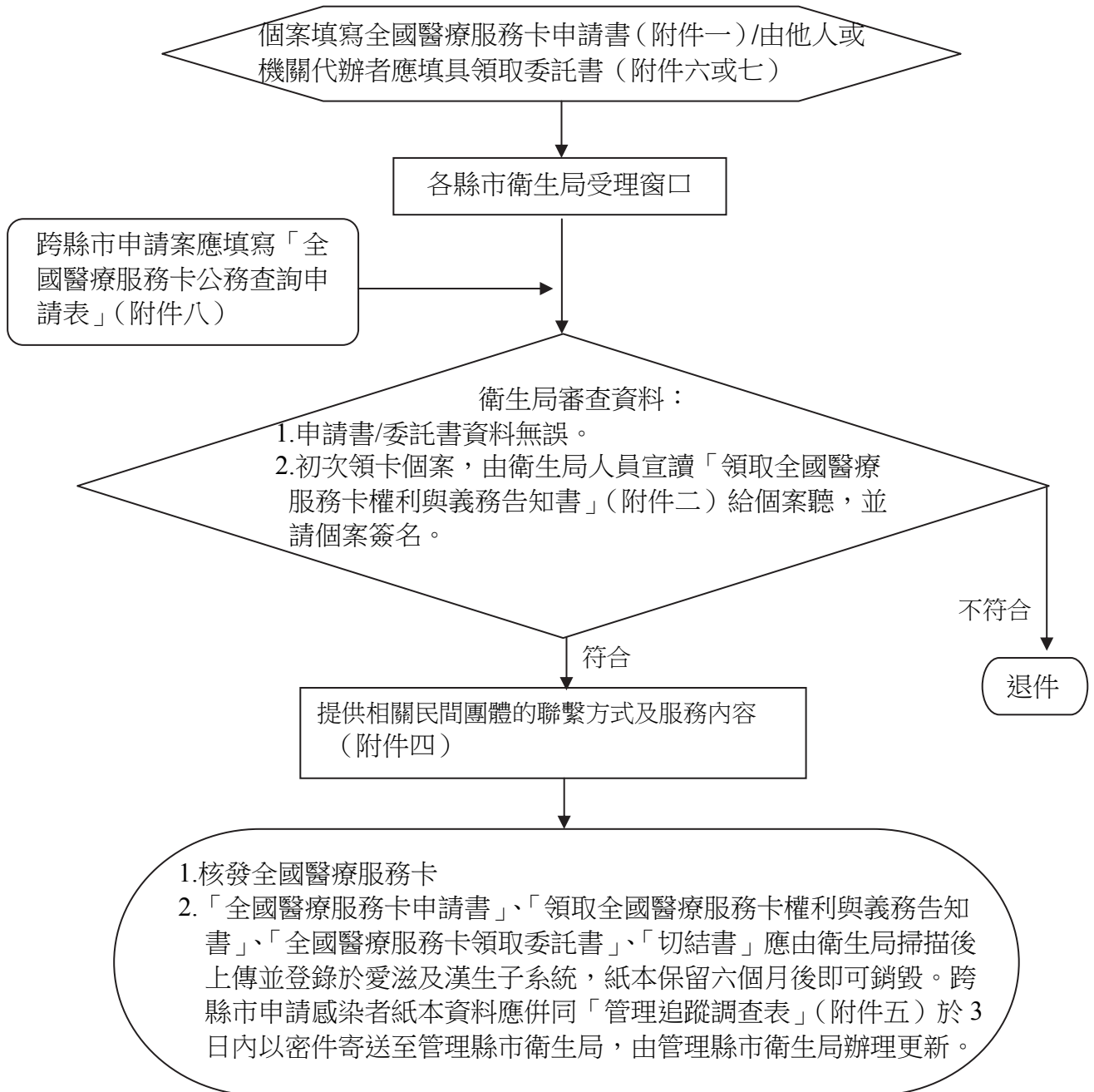
告知者簽名：

中 華 民 國                      年                      月                      日

※本文件僅為告知性質，不具法律約束，若違反相關法令，仍依該法令之規定辦理。

附件三

「領取全國醫療服務卡」流程



註：

1. 無法親自辦理者可於本署資訊網站下載此告知書，由代辦者宣讀，本人或法定代理人簽名後，再由代辦者帶至衛生局辦理。
2. 若診斷證明書證明個案為昏迷狀態，則不須填告知書。若個案清醒後，則由衛生局人員訪視時補宣讀「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」，並請個案簽名後掃描上傳至愛滋及漢生子系統存檔。

100.07 新增，102.07 修訂

## 附件四

## 愛滋相關民間團體聯繫方式及服務內容

單位	網頁	電話及地址	工作內容
社團法人中華民國愛滋感染者權益促進會	<a href="http://praatw.org/">http://praatw.org/</a>	(02)2550-5963 10355 台北市大同區承德路一段 48 號 2 樓	政策倡導 處理愛滋感染者權益侵害事件
台灣預防醫學學會希望工作坊	<a href="http://www.aids.org.tw/">http://www.aids.org.tw/</a>	(02) 23920010 10084 台北市中正區羅斯福路 2 段 70 號 6 樓之 7	病患訪視 醫療轉介 諮商輔導
社團法人台灣愛之希望協會	<a href="http://www.lovehope.org">http://www.lovehope.org</a>	(07)550-0225 80452 高雄市鼓山區龍文街 31 號 5 樓	電話諮詢 陪伴就診與訪視
社團法人台灣露德協會(台北辦公室)	<a href="http://www.lourdes.org.tw">http://www.lourdes.org.tw</a>	(02)2371-1406 10041 台北市中正區中山北路一段 2 號 2 樓 203 室	諮商輔導、急難救助、新知出版、諮詢服務、支持團體、中途之家、感染者聯誼中心、監所愛滋收容人輔導
社團法人台灣露德協會(台中辦公室)		(04)2229-5550 40043 台中市中區綠川東街 32 號 12 樓之 11	
財團法人台北市愛慈社會福利基金會	<a href="http://www.aidscares.org.tw">http://www.aidscares.org.tw</a>	(02)2370-3579 10047 台北市中正區公園路 20 巷 14 號 4 樓	醫院訪視、諮商輔導、愛滋收容人輔導、成人恩典之家與愛滋寶寶中心
社團法人台灣同志諮詢熱線協會	<a href="http://www.hotline.org.tw">http://www.hotline.org.tw</a>	(02)2392-1969 10084 台北市中正區羅斯福路 2 段 70 號 12 樓	權益維護 同志愛滋諮詢與輔導
社團法人台灣關愛之家協會(台北)	<a href="http://www.hhat.org/">http://www.hhat.org/</a>	(02)2738-9600 11054 台北市信義區嘉興街 262-1 號 1 樓	中途之家 個案輔導
社團法人台灣關愛之家協會(高雄)		(07)390-8671 80772 高雄市三民區黃興路 39 號	
中華民國台灣懷愛協會	<a href="http://w3.csmu.edu.tw/~aidscares/">http://w3.csmu.edu.tw/~aidscares/</a>	04-24730022 轉 11722 40201 台中市南區建國北路一段 110 號研究大樓 13 樓	醫療轉介、陪同就醫、篩檢前後諮詢、出感染者困境協助
財團法人基督教晨曦會	<a href="http://www.dawn.org.tw">http://www.dawn.org.tw</a>	(02)2927-0010 23443 台北縣永和市保福路 2 段 23 巷 37 號	愛滋毒癮戒治 福音戒毒輔導
社團法人台灣世界愛滋快樂聯盟	<a href="http://www.hiv.org.tw/hiv/">http://www.hiv.org.tw/hiv/</a>	(08)778-6950 91242 屏東縣內埔鄉美和村學人路 257 號	諮商輔導 急難救助 監所愛滋收容人輔導
財團法人台灣紅絲帶基金會	<a href="http://www.taiwanids.org.tw/">http://www.taiwanids.org.tw/</a>	(02)2559-2059 10341 台北市大同區鄭州路 40 號 3 樓	陪伴就醫、定期關懷、醫療諮詢、兵役及保險相關諮詢、工作轉介、感染者伴侶關懷
台灣減害協會	<a href="http://www.harmreduction.org.tw/">http://www.harmreduction.org.tw/</a>	(02)2670-8633 10084 台北市中正區羅斯福路 2 段 70 號 6 樓之 7	愛滋毒癮防治及輔導、針具交換

## 附件五

管理追蹤調查表	
姓名：	追蹤管理電腦編號：
1. 隱私連絡電話：_____	
2. 疑似或確認為愛滋寶寶：母親姓名_____ 母親 HIV 編號_____	
3. HIV 子女追蹤資料：子女姓名_____ 性別_____ HIV 檢驗日期_____ 結果_____	
子女姓名_____ 性別_____ HIV 檢驗日期_____ 結果_____	
4. 原外國籍後來歸化本國籍： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
5. 是否曾變過性別？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
6. HIV 女性感染者懷孕情形：第____次懷孕，目前懷孕週數____，預防性投藥 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
預產期_____，人工流產日期_____	
生產方式_____，本次懷孕活產數_____	
產後哺育母乳 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，HIV 陽性小孩數_____	
7. 性傾向： <input type="checkbox"/> 異性戀 <input type="checkbox"/> 同性戀 <input type="checkbox"/> 雙性戀	
8. HIV 感染危險因子： <input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 靜脈毒癮者(不含搖頭族) <input type="checkbox"/> 接受輸血者	
<input type="checkbox"/> 母子垂直感染(需追蹤滿 18 個月，確認為愛滋寶寶)	
<input type="checkbox"/> 其他_____	
9. HIV 最近一次就醫紀錄：醫療院所名稱_____，就醫方式_____	
就醫日期_____， <input type="checkbox"/> 已使用雞尾酒療法	
10. 愛滋病診療就醫憑證：核發日期_____ 卡別_____	
11. 我國國民之外籍配偶申請愛滋病診療就醫憑證（臨時卡）： <input type="checkbox"/> 是，國籍_____ <input type="checkbox"/> 否	
12. HIV 個案備註：_____	

以下將請您填寫您的接觸者相關資訊，這是為了讓您的接觸者了解他們有遭受感染的危險，並儘早接受篩檢，這些資訊的提供有助於公共衛生人員進行追蹤管理，對於您自己及您的接觸者均有好處。

1. 這是您首次提供接觸者的相關資訊嗎？\_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否

若此次非首次，您首次提供接觸者的相關資訊的日期是：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
提供給哪位醫療或公共衛生人員：\_\_\_\_\_

2. 接觸者資料（含配偶）

接觸者姓名	性別	與您的關係	危險行為分類	與您最後一次危險行為接觸的日期	接觸者的電話	接觸者的住址	HIV 檢驗紀錄
			<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具				<input type="checkbox"/> 有，是 <input type="checkbox"/> 陽性或 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具				<input type="checkbox"/> 有，是 <input type="checkbox"/> 陽性或 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具				<input type="checkbox"/> 有，是 <input type="checkbox"/> 陽性或 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 性行為 <input type="checkbox"/> 共用針具				<input type="checkbox"/> 有，是 <input type="checkbox"/> 陽性或 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 無

## 附件六

## 疾病管制署全國醫療服務卡領取委託書

委託書	<p>_____（申請人）因故未能親自領取全國醫療服務卡，特委託_____（受託人）持本人無法親自申領之重症證明、身分證件及受託人身分證件，向 貴局領取全國醫療服務卡。</p> <p>此致</p> <p>_____衛生局</p> <p>委託人簽名： 委託日期：民國      年      月      日</p>	
受託人資料	受託人簽名：	申請人與受託人關係：
	受託人身分證字號：	受託人聯絡電話：
	受託人聯絡地址：	
	受託人中華民國國民身分證正面影本	受託人中華民國國民身分證反面影本

100.07 新增，102.07 修訂

附件七

**疾病管制署全國醫療服務卡領取委託書（機關用）**

委託書	<p>_____（申請人）因故未能親自領取全國醫療服務卡，特委託_____（機關名稱）_____（受委託人職稱）_____（受委託人姓名）持本人無法親自申領之重症證明、身分證件及受託人身分證件，向 貴局領取全國醫療服務卡。</p> <p>此致</p> <p style="text-align: right;">_____衛生局</p> <p style="text-align: right;">委託人簽名：</p> <p style="text-align: right;">委託日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>	
受託機關資料	受託人簽名（正楷）：	受託人聯絡電話：
	受託機關用印	

備註：1.受託機關限為人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或矯正機關及相關民間團體。  
2.受託人應出示身份證件以供檢覈

102.07 修訂

## 附件八

## 公務查詢申請表

- 1.本申請表僅於衛生局向疾病管制署各區管制中心查詢全國醫療服務卡或暴露愛滋病毒預防性投藥使用。提出申請之承辦人員傳真時，應先電話通知區管中心承辦人員將要傳真的人數和傳真時間，並確認資料傳送完成；區管中心承辦人員回傳資料時亦同。
- 2.本資料應以密件歸檔，並不得對外洩漏。

申請單位	衛生局		申請日期	年 月 日
申請者	姓名			主管核章：
	聯絡電話			
	傳真電話			

【切結】本人確實遵守「傳染病防治法、人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例、電腦處理個人資料保護法」規定，並保障個案隱私，不做工作執掌以外之用途，對於業務上所知悉、持有之機密資料，絕對保守機密，不得對外洩漏，如有違誤，願負法律上責任，離職後亦同。

## ◎查詢名單

個案姓名	身分證字號	案由/查詢原因（需具體描述）
		<input type="checkbox"/> 辦理全國醫療服務卡： <input type="checkbox"/> 暴露愛滋病毒預防性投藥：

（為保護個人隱私，回覆時僅保留姓名頭、尾字+身分證字號後四碼）

查詢結果
<input type="checkbox"/> 不符合查詢標準 <input type="checkbox"/> 目前非通報個案 <input type="checkbox"/> 為通報個案，就醫憑證卡別_____ （衛生局因個案申辦全國醫療服務卡而向疾病管制署各區管制中心申請查詢時，請各區管制中心依疫調系統所呈現之就醫憑證卡別填寫） 目前個案管理縣市_____縣/市 （電腦編號：_____）

疾病管制署區管中心初審人員核章

單位主管核章





## 附錄 4-2

## 定期輔導紀錄表

填表單位	衛生局	填表人姓名	
輔導日期	年 月 日	輔導員姓名	
輔導方式	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 其他_____		
電腦編號	特殊狀況（請簡述）	諮商輔導情形	

填表說明：

1. 衛生局依每週所遭遇之困難個案或事件於當週擇日與指定輔導人員聯繫，並於隔週第 1 個工作日完成紀錄表之填報，本表單留存備查。
2. 接受諮商輔導後，請依輔導內容進行後續處置，提供個案適切的照護及管理，如案情緊急、複雜度較高或諮商輔導助益有限，需要進一步協處者，應即時向疾管署及轄屬區管中心反映。

## 附錄 4-3

## 愛滋個案管理概況月報表

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_衛生局

填表日期	年	月	日	填表人	
項 目				本月新增人數	累 積 人 數
1. 通報個案					
2. 懷孕女性個案					
3. 危險因子空白或不詳					
4. 疑似感染之嬰幼兒（追蹤中）					
5. 未成年（<20 歲，實際年齡） 個案（不含疑似愛滋寶寶）					
6. 通報高風險家庭者					
7. 失聯（>=6 個月聯絡不上者）					
8. 個案轉入、轉出情形				轉入_____人 轉出_____人	

填表說明：

衛生局依前月轄內個案概況填報，並於當月結束之隔月 10 日前完成，本表單正本留存備查，影本傳真轄區區管中心。

## 欄位定義：

### 1. 通報個案：

(1) 本月新增人數：當月新增通報之 HIV 個案數

(2) 累積人數： $(\text{累計至上月個案數} + \text{當月新增通報之 HIV 個案} + \text{當月轉入個案數}) - (\text{當月轉出個案數} + \text{當月結案個案數} + \text{當月銷案個案數})$

### 2. 懷孕女性個案：

(1) 本月新增人數：通報 HIV 個案當月新增之懷孕女性。

(2) 累計人數：通報 HIV 個案為懷孕中之女性（扣除已生產或人工流產個案數）

### 3. 危險因子空白或不詳：

(1) 本月新增人數：當月新增個案之危險因子欄位空白或不詳的個案數。

(2) 累計人數：累計危險因子空白或不詳個案數（扣除已至系統完成維護個案數）

### 4. 疑似感染之嬰幼兒（追蹤中）：

(1) 本月新增人數：HIV 孕產婦當月產下之疑似感染愛滋之嬰幼兒。

(2) 累計人數：累計 HIV 孕產婦產下之疑似感染之嬰幼兒（扣除結案個案數）。

### 5. 未成年（<20 歲，實際年齡）個案：

(1) 本月新增人數：當月新增之未成年個案數（實際年齡<20 歲）。

(2) 累計人數：累計每月新增之未成年個案數（實際年齡<20 歲），若個案已滿 20 歲將從累計數中扣除。

### 6. 通報高風險家庭者

(1) 本月新增人數：當月新增之已完成社政單位高風險家庭通報個案數。

(2) 累計人數：累計每月新增之高風險家庭通報個案數（扣除社政單位已協助解決者）。

7. 失聯（ $\geq 6$  個月聯絡不上者）

- (1) 本月新增人數：當月新增之失聯（ $\geq 6$  個月聯絡不上者）個案數，須符合工作手冊規定。
- (2) 累計人數：累計每月新增之失聯個案數（扣除已聯繫上之個案數）。

8. 個案轉入、轉出情形：

- (1) 當月新增之轉入、轉出個案數分別填列。
- (2) 如有發現特定縣市轉入個案異常增加，請於空白處自行增列說明。

附錄 4-4

衛生局（所）愛滋病個案管理查核表

訪查日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日  
 填寫日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

受訪單位：\_\_\_\_\_ 查核單位：\_\_\_\_\_

查核項目	查核內容/結果	人數	查核者建議
一、個案管理品質指標	[請依當年度指標項目修改，並填入目標值(%)] 1. 存活個案就醫率 ( % ) 2. 已婚個案對配偶揭露病情比率 ( % ) 3. 配偶接觸者追蹤完成率 ( % ) 4. 男男間性行為者之除配偶外性接觸者追蹤完成率 ( % ) 5. 性接觸者追蹤完成率( % ) 6. 近 6 個月未聯絡到個案本人或無醫院個案資料者追蹤情形	[已完成人數/應完成人數(完成率%)] / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( )	
二、懷孕女性個案追蹤管理	懷孕個案懷孕紀錄與追蹤情形，是否定期維護至追管系統： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	應完成____人 已完成____人	
三、疑似感染之嬰幼兒追蹤管理	1. 疑似感染之嬰幼兒是否依規定監控其服藥情形 監控服藥： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 疑似感染之嬰幼兒確實完成 6 週預防性投藥，未採監控服藥者第 1 週每日訪視服藥情形： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 涉高風險家庭之疑似感染嬰幼兒，是否確實通報社政單位協處及後續追蹤處理情形 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 疑似感染之嬰幼兒，是否依規定完成追蹤檢驗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	應完成____人 已完成____人 應完成____人 已完成____人 應完成安置：____人 社政家訪：____人次 應完成____人 已完成____人	

查核項目	查核內容/結果	人數	查核者建議
四、未成年個案追蹤管理	1. 未成年個案是否依規定召開評估會議及會議決議事項追蹤處理（如：處理病情告知、就醫安排、兵役、經濟協助等）召開會議： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，填否者請說明：_____。 2. 是否依評估會議決議，提供未成年個案協助： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	應完成_____人 已完成_____人	
五、失聯個案追蹤管理	失聯個案追蹤紀錄維護情形（從失聯個案中，至少抽查 2%，若失聯個案數少於 50 人，至少需抽查 1 人），並提供相關文 件備查。（追蹤程序如：戶役政協尋、醫院就醫紀錄、健保協 尋、電信查詢等） 是否定期維護追蹤紀錄： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	查核_____人 完成_____人	
六、困難個案處理	個案所面臨問題如：(經濟、就業問題等)， 是否提供協助： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，填否者請說明：_____	經濟問題：_____人 就業問題：_____人 其他問題：_____人	
七、落實愛滋個案資料保密及管理相關作業	是否落實資料保密及管理相關作業： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，填否者請說明：_____		
八、專職愛滋個案管師（衛生局）	愛滋管師是否有專職愛滋個案管理工作，並協助轄區新通報、未成年及困難個案之處理： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (請提供工作內容清單相關文件備查)	查核_____人 完成_____人	

查核項目	查核內容/結果	人數	查核者建議
	1. 12 歲以下子女追蹤情形： 是否完成追蹤 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	應完成 <input type="checkbox"/> 人 已完成 <input type="checkbox"/> 人	
	2. 已服藥未規則回診（領藥）個案追蹤情形： 是否完成追蹤 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	應完成 <input type="checkbox"/> 人 已完成 <input type="checkbox"/> 人	
九、其他	3. 特殊案件追蹤 （如 <input type="checkbox"/> 轟趴案 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> ） 是否依規定完成追蹤檢驗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	應完成 <input type="checkbox"/> 人 已完成 <input type="checkbox"/> 人	
受訪單位預定改善方式	4. 其他(特殊事件請填報)		

備註：

1. 本查核表除第八項由區管中心查核衛生局外，其餘皆適用於區管中心查核衛生局、衛生局查核衛生所。
2. 衛生局每半年查核各衛生所 1 次，請衛生局彙整後於 1 月 10 日及 7 月 10 日前送區管中心。
3. 區管中心每半年查核衛生局 1 次，請衛生局收到查核結果後於 10 日內將改善情形回復區管中心。

衛生所人員：\_\_\_\_\_ 衛生所主管：\_\_\_\_\_

衛生局人員：\_\_\_\_\_ 衛生局主管：\_\_\_\_\_

區管中心人員：\_\_\_\_\_ 區管中心主管：\_\_\_\_\_

## 附錄 4-5

## 本國籍已婚愛滋感染者之配偶接觸者追蹤完成率一覽表

資料擷取條件：診斷起迄日 1984/1/1-

本表個案數之計算已扣除銷案、離境、疑似以及死亡個案。製表日期

縣市別	配偶追蹤情形	配偶已完成追蹤	婚姻現況為已婚者	完成率
金門縣				
基隆市				
宜蘭縣				
桃園縣				
苗栗縣				
雲林縣				
南投縣				
彰化縣				
嘉義縣				
台中市				
花蓮縣				
嘉義市				
台南市				
台東縣				
新北市（台北縣）				
台北市				
新竹市				
澎湖縣				
屏東縣				
新竹縣				
高雄市				
總計				



## 附錄 4-6

## HIV/AIDS 個案死因調查表

個 案 姓 名		管 理 縣 市	
性 別		就 醫 醫 院	
身 分 證 字 號		死 診 開 立 醫 師	
電 腦 編 號		死 診 開 立 醫 院	

請勾選是否為 AIDS 相關死亡或其它理由

- AIDS 相關死亡\_\_\_\_\_
- 念珠菌症（支氣管、氣管、或肺）  
(Candidiasis of bronchi, trachea, or lungs)
- 念珠菌症（食道）  
(Candidiasis, esophageal)
- 珠狀孢子菌病（散佈性或肺外部位）  
(Coccidioidomycosis, disseminated or extrapulmonary)
- 隱球菌症（肺外）  
Cryptococcosis, extrapulmonary
- 隱孢子菌症（慢性腸炎）（一個月以上）  
Cryptosporidiosis, chronic intestinal (greater than 1 month's duration)
- 巨細胞病毒症（肝臟、脾臟或淋巴結以外）  
Cytomegalovirus disease (other than liver, spleen, or nodes)
- 巨細胞病毒性視網膜炎  
Cytomegalovirus retinitis (with loss of vision)
- 愛滋病毒性腦病變  
Encephalopathy, HIV-related
- 單純性疱疹病毒感染：慢性潰瘍（一個月以上）或支氣管炎、肺炎及食道炎  
Herpes simplex: chronic ulcer(s) greater than 1 month's duration; or  
bronchitis, pneumonitis, or esophagitis
- 組織胞漿菌症（散佈性或肺外部位）  
Histoplasmosis, disseminated or extrapulmonary
- 等孢子菌症（慢性腸炎）（一個月以上）  
Isosporiasis, chronic intestinal (greater than 1 month's duration)
- 卡波西氏肉瘤  
Kaposi's sarcoma
- 勃克氏淋巴瘤  
Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term)
- 青黴菌感染（散佈性或肺外部位）  
Penicilliosis marneffeii, disseminated or extrapulmonary
- 淋巴瘤(免疫芽細胞)

<p>Lymphmoa, immunoblastic ( or equivalent term)</p> <p><input type="checkbox"/> 淋巴瘤 ( 腦部之初發性)</p> <p>Lymphoma,primary, of brain</p> <p><input type="checkbox"/> 散佈性或肺外部位禽型分枝桿菌群或堪薩斯分枝桿菌感染</p> <p>Mycobacterium avium complex or M.kansasii, disseminated or extrapulmonary</p> <p><input type="checkbox"/> 肺結核 ( 且 CD4&lt;200 cells/mm<sup>3</sup>)</p> <p>M.tuberculosis infection, pulmonary (plus CD4&lt;200 cells/mm<sup>3</sup>)</p> <p><input type="checkbox"/> 肺外結核</p> <p>M.tuberculosis infection, extrapulmonary</p> <p><input type="checkbox"/> 其他種類或未確定種類的分枝桿菌引起的散佈性或或肺外部位感染</p> <p>Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary</p> <p><input type="checkbox"/> 一年之內復發的肺炎</p> <p>Pneumonia,recurrent (more than one episode in a 1-year period)</p> <p><input type="checkbox"/> 肺囊蟲肺炎</p> <p>Pneumocystis carinii (jiroveci)pneumonia</p> <p><input type="checkbox"/> 進行性多發性白質腦病變</p> <p>Progressive multifocal leukoencephalopathy</p> <p><input type="checkbox"/> 沙門氏菌血症 ( 再發性)</p> <p>Salmonella septicemia, recurrent</p> <p><input type="checkbox"/> 腦部弓蟲症</p> <p>Toxoplasmosis of brain</p> <p><input type="checkbox"/> HIV 引起的消耗性症候群</p> <p>Wasting syndrome due to HIV</p> <p><input type="checkbox"/> 侵犯性子宮頸炎</p> <p>Cervical cancer, invasive</p> <p><input type="checkbox"/> 非 AIDS 相關死亡</p> <p><input type="checkbox"/> 不明/其他_____ ( 理由：例如至自宅行政相驗、路倒、到院前死亡、不清楚實際死因等)</p>
醫師簽名： _____
日 期： _____年____月____日

附錄 4-7

## HIV 感染通報異常事件處置報告單

報告單位：\_\_\_\_\_衛生局

報告日期：\_\_年\_\_月\_\_日

一、通報異常原因

- 重覆通報
- 錯誤通報（如：檢體錯置、身分資料遭冒用..）
- 其他

二、事件描述（請具體描述異常事件發現經過）

三、事件調查（請依時間發生先後順序詳述本案相關單位處理情形，包括衛生局（所）個案追蹤管理情形（自通報迄今之個案訪視情形）及是否透過其他管道努力尋找追蹤以及重新採血檢查情形…等）

四、事件探討（包括疑點釐清及異常原因研判）

五、後續防範作為（相關單位具體改善措施）

報告人員

單位主管

附錄 4-8

\_\_\_\_\_年 月 銷案通報確認單

單位：\_\_\_\_\_管制中心      承辦人：\_\_\_\_\_      單位主管核章：\_\_\_\_\_

列管縣市	通報縣市	原通報醫療院所名稱	電腦編號	姓名	銷案原因	銷案日期	區管中心後續處理情形

※請於次月 3 日前，送疾病管制署愛滋及結核病組 ( FAX:02-23913482 )

附錄 4-9

抄本

發文方式：電子交換（第一類，不加密）

檔 號：

保存年限：

行政院衛生署 函

第 三 組

地址：10092台北市中正區愛國東路100號

承辦人：曾毓珊

電話：23959825轉3737

電子信箱：mnt1234@cdc.gov.tw

受文者：直轄市及各縣市衛生局等

發文日期：中華民國97年2月21日

發文字號：署授疾字第0970000175號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：為爭取疑似母子垂直感染之新生兒預防性投藥之黃金時間，相關作為如說明段，請查照辦理。

說明：

- 一、為有效阻斷母子垂直感染個案發生，本署除持續加強孕婦篩檢宣導外，並於97年1月18日以署授疾字第0970000016號公告，將「嬰兒其生母查無孕期人類免疫缺乏病毒檢查報告或診治醫師認為有檢查必要者」，納入有接受人類免疫缺乏病毒檢查必要者之範圍在案。
- 二、依據96年7月11日修正公布「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第15條內容規範，上述「有接受人類免疫缺乏病毒檢查必要者」，醫事人員事前仍應經當事人同意及諮詢程序。
- 三、惟依臨床研究要有效阻斷新生兒感染，需於出生六小時內接受抗愛滋病毒預防性投藥，若該新生兒為前開公告有接受人類免疫缺乏病毒檢查對象，且為棄嬰者，為保障其健康權益及爭取有效預防性投藥之時間，參照醫療法第64條規定：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療.....。但情況緊急者，不在此限.....。」之情況緊急情形，得由醫療院所之醫事人員逕行評估後提供人類免疫缺乏病毒檢查



服務措施，及時提供預防性投藥，以有效阻斷母子垂直感染之傳染途徑。

四、另，非為棄嬰或無依之嬰兒，其人類免疫缺乏病毒檢查同意程序得經其法定代理人或其親屬同意後進行篩檢。

五、前揭事項，惠請 貴局轉知所轄醫療院所配合辦理。

正本：直轄市及各縣市衛生局

副本：本局各分局(不含第七分局)、各縣市醫師公會、台灣感染症醫學會、台灣醫院感染管制學會、愛滋病防治民間團體

裝

電子交換：臺北市政府衛生局、臺北縣政府衛生局、彰化縣衛生局、嘉義市政府衛生局、嘉義縣衛生局、臺南縣衛生局、臺南市衛生局、臺東縣衛生局、宜蘭縣政府衛生局、臺中縣衛生局、南投縣政府衛生局、屏東縣衛生局、苗栗縣衛生局、花蓮縣衛生局、新竹縣衛生局、新竹市衛生局、雲林縣衛生局、高雄縣政府衛生局、桃園縣政府衛生局、福建省連江縣衛生局、臺中市衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、本局第一分局、本局第二分局、本局第三分局、本局第四分局、本局第五分局、本局第六分局、中華民國醫務社會工作協會



郵寄：台北市醫師公會、台中縣醫師公會、台北縣醫師公會、台東縣醫師公會、宜蘭縣醫師公會、花蓮縣醫師公會、南投縣醫師公會、苗栗縣醫師公會、桃園縣醫師公會、高雄市醫師公會、基隆市醫師公會、雲林縣醫師公會、新竹市醫師公會、新竹縣醫師公會、彰化縣醫師公會、澎湖縣醫師公會、台中市醫師公會、高雄縣醫師公會、屏東縣醫師公會、台南市醫師公會、台南縣醫師公會、嘉義市醫師公會、嘉義縣醫師公會、金門縣醫師公會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣感染症醫學會、台灣醫院感染管制學會、中華台灣誼光愛滋防治協會、世界和平婦女會台灣總會、中華民國台灣懷愛協會、中華民國愛滋感染者權益促進會、台灣預防醫學學會希望工作坊、台灣愛之希望協會、護理人員愛滋病防治基金會、台灣露德協會、台北市日日春關懷互助協會、台灣愛滋病學會、台北市愛慈教育基金會、杏陵醫學基金會、台灣同志諮詢熱線協會、中華民國女童軍總會、台灣關愛之家協會、社團法人台灣血友病浮木濟世會、基督教晨曦會、台灣紅絲帶基金會、中華民國社會工作師公會全國聯合會

線

## 附錄 4-10

**疾病管制署疑似愛滋寶寶醫療照護作業**

## 一、目的：

為確保感染愛滋病毒孕婦所生 18 個月以下之嬰幼兒，免於母子垂直感染，並獲得適當之醫療照護。

## 二、服務對象：

感染愛滋病毒孕婦所生 18 個月以下之嬰幼兒。

## 三、實施日期：

自民國 97 年 1 月 1 日起實施。

## 四、服務項目：

- (一) 提供母乳替代品
- (二) 提供追蹤採檢醫療費用
- (三) 監控服藥管理費

## 五、服務項目內容說明：

依疾病管制署「台灣地區愛滋病防治工作手冊」附錄之「疑似愛滋寶寶篩檢作業流程」規定（相關文件請連結疾管署網站查詢 <http://www.cdc.gov.tw/>），應於出生 48 小時內、1-2 個月、4-6 個月、12 個月及 18 個月時分別進行採檢追蹤（以下稱追蹤時點）。如逾追蹤時點，超過前後 2 週以上不得予以追補。針對特殊困難追蹤個案，逾追蹤時點超過前後 2 週以上者，得由衛生局從寬認定，以追補付乙次為原則。追蹤期間個案一經確認 HIV 感染，或追蹤 12 個月大已可排除 HIV 感染，則本案之醫療照護費用將同時中止。有關母乳替代品、歷次追蹤採檢醫療費用、監控服藥管理等，茲說明如下：

- (一) 母乳替代品：

## 1. 說明：

為防治因哺餵母乳所致之 5-20% 感染的機率，母乳替代品之給付，除提供個案配合追蹤採檢之誘因，亦能輔助衛生人員追蹤工作之運作。

## 2. 內容：

按追蹤時點核付，最高得給付 5 次，每次核付 3,000 元等值嬰兒配方食品或兌換券，總計提供 15,000 元等值嬰兒配方食品或兌換券。

## (二) 追蹤採檢醫療費用：

## 1. 說明：

為落實疑似愛滋寶寶定期追蹤採檢及治療，給付其歷次追蹤採檢所需醫療費用，除提升個案配合就醫追蹤採檢之意願，亦輔助衛生人員追蹤工作之運作。由地方衛生局（所）人員陪同個案就醫，協助相關醫療給付，並正確採集檢驗項目。

## 2. 內容：

(1) 掛號費：按追蹤時點核付，依該醫院之一般門診掛號費核實支付。

(2) 部分負擔：按追蹤時點核付，依該醫院層級之西醫門診基本部分負擔核實支付。

## ※ 備註：

a. 無健保身分者，按就醫追蹤採檢所需掛號費、診察費、治療處置及材料費等核實支付。

b. 出生 48 小時內之住院醫療費用及自費預防注射等不在給付範圍。

## (三) 監控服藥管理費：



### 1. 說明：

- (1) 感染愛滋病毒孕婦所生之嬰幼兒，出生後 8-12 小時開始，需每 6 小時口服 Zidovudine (ZDV) 2mg/kg，共 6 週。
- (2) 由衛生局（所）人員，與主要照顧者溝通，由專人到家協助執行服藥，並由嬰幼兒之法定代理人（生父、生母、監護人或家屬）簽署通知書。
- (3) 衛生局應督導監控服藥執行人員，掌握個案服藥狀況。
- (4) 前述監控服藥執行人員得由衛生局協調愛滋病指定醫院，指派愛滋病個案管理師，或以聘任臨時人力方式協助出院後預防性用藥。

### 2. 內容：

專人到家協助執行服藥每日至少 3 次，觀察評估有無服藥不適或副作用，並以電話提醒家屬夜間配合服藥，填報服藥日誌，每案自嬰幼兒出生至滿 6 週為一個完整療程。

- (1) 確實完成 6 週療程，每案給付 15,000 元服務費。
- (2) 個案因遷出（安置、託養、出養等）致跨不同縣市，或於療程內更改診斷為確認個案等，非歸因於監控服藥人員之責者，依實際治療天數計算，每日給付 400 元。
- (3) 療程中斷無法歸責於上述原因者，不得依治療天數核付。

### 六、給付申請及經費核銷：

- (一) 執行經費由年度愛滋防治計劃經費項下支應，經費核撥及核銷應依年度辦理。
- (二) 感染愛滋病毒孕婦所生 18 個月以下之嬰幼兒，每人得核發乙本「愛兒手冊」（如附件 1），由衛生局就個案身分核實認定，並發給手冊。
- (三) 持本局核發之「愛兒手冊」，無論是否具健保身分，至醫療院所均享

有追蹤採檢就醫相關優免，採衛生局（所）陪同付費或個案家屬事後申請。

（四）結合「愛兒手冊」提供 15,000 元等值兌換券，持手冊至地方衛生局領取嬰兒配方食品或兌換券。至於母乳替代品可依個案使用廠牌提供，並應於限額內採購。

（五）地方衛生局應於 12 月 10 日前原始憑證（醫療費用收據正本、手冊指定內頁）及領據（如附件 2），送行政院衛生署疾病管制局辦理核銷。

（六）原始憑證及核銷證明，悉依照支出憑證處理要點之規定辦理。

#### 七、經費來源：

疾管署：依「後天免疫缺乏症候群防治條例」規定，按年度編列愛滋病及其他特殊傳染病防治計畫業務費支應。

附件 1 樣本封面

# 愛兒手冊



幼兒姓名：  
出生日期：  
身分證號：  
母親姓名：

1. 本手冊限本人使用，請妥為保管。
2. 出生 18 個月內追蹤採檢請攜帶本手冊至指定醫院就醫。
3. 拾獲本手冊請寄回疾病管制署，地址 100 台北市中正區林森南路 6 號。



衛生福利部疾病管制署 編印

附件 2

**疑似愛滋寶寶監控服藥管理費款領據**

茲領到監控服藥管理費      個案，每案新台幣 15,000 元

新台幣      拾      萬      仟      佰      拾      元（大寫）

此致      衛生福利部疾病管制署

具領人簽名：

身分證字號：

戶籍地址：

備註：請檢附個案服藥日誌影本

中 華 民 國

年

月

日

## 衛生局預防母子垂直感染藥品治療服藥日誌 ( 監控服藥人員使用 )

個案姓名 \_\_\_\_\_，性別：男/女，出生日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 母親姓名 \_\_\_\_\_，母親身分證字號：□-□□□□□□□□□□  
 就醫醫療院所 \_\_\_\_\_，治療開始日期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 填表說明：

1. 協助病患服藥後，請家屬於當日日期下方簽名
2. 由監控服藥人員在旁觀察家屬協助個案服藥
3. 未服藥者當日日期請以 × 表示
4. 衛生局應督導監控服藥執行人員，掌握個案服藥狀況

第__週	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
日期	月 / 日	日	日	日	日	日	日
服藥時間 __AM/PM	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：
服藥時間 __AM/PM	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：
服藥時間 __AM/PM	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：
服藥時間 __AM/PM	電話提醒家屬夜間配合服藥						
第__週	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
日期	月 / 日	日	日	日	日	日	日
服藥時間 __AM/PM	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：
服藥時間 __AM/PM	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：
服藥時間 __AM/PM	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：	家屬簽名：
服藥時間 __AM/PM	電話提醒家屬夜間配合服藥						

( 本頁提供 6 週監控服藥者，請影印表格連接頁首使用 )

## 附錄 4-11

**感染人類免疫缺乏病毒者停留居留申覆審議作業要點**

中華民國九十六年十二月七日行政院衛生署署授疾字第 0 九六 0 0 0 0 九九五號令發布

中華民國九十七年七月二十一日行政院衛生署署授疾字第 0 九七 0 0 0 0 六 0 六號令修正發布第四點及第七點規定

中華民國九十九年八月二十三日行政院衛生署署授疾字第 0 九九 0 0 0 0 六 二 0 號令修正發布第四點、第五點及第七點規定

中華民國一 0 一年十一月二十七日行政院衛生署署授疾字第一 0 一 0 三 0 一 二 九 四號令修正發布第四點及第七點規定

中華民國一 0 二年八月十六日衛生福利部部授疾字第一 0 二 0 三 0 三 0 一 六號令修正發布

- 一、衛生福利部（以下稱本部）為執行人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例（以下稱本條例）第二十條規定，受理及審議感染人類免疫缺乏病毒者停留、居留申覆事宜，特訂定本要點。
- 二、本要點所稱申覆人，係指符合本條例第二十條第一項之規定者。
- 三、本要點申覆以一次為限，並應於出國（境）後於六個月內提出申覆。但尚未出國（境）者，亦得於經權責機關撤銷或廢止其簽證或停留、居留許可處分確定前之合法停、居留期間內提出申覆，逾期不得為之。
- 四、申覆人依本要點提出書面申覆時，應檢附下列文件：
  - （一）共同文件：
    1. 申覆書（中文格式如附件一）。
    2. 切結書（中文格式如附件二）。
    3. 委託書（中文格式如附件三）。
    4. 申覆人護照影本。
    5. 內政部入出國及移民署出具之入出國紀錄證明（但尚未出國（境）者，免附）。

6. 申覆人之第一次人類免疫缺乏病毒檢驗陽性之證明。

(二) 個別文件：

1. 以受本國籍配偶傳染為理由申覆者，應檢附下列文件：

- (1) 申覆人婚前三個月內或婚後人類免疫缺乏病毒檢驗陰性之證明。
- (2) 申覆人其本國籍配偶之人類免疫缺乏病毒檢驗陽性之證明。
- (3) 申覆人及本國籍配偶人類免疫缺乏病毒基因分型（Genotyping）及基因序列分析（Sequencing）等相關文件。
- (4) 婚姻證明相關文件。

2. 以於本國醫療過程中感染為理由申覆者，應檢附下列文件：

- (1) 申覆人在我國接受醫療過程中感染人類免疫缺乏病毒之完整病歷影本、當次醫療過程有侵入性醫療或輸血之證明、診斷證明。
- (2) 申覆人在前述醫療過程之當次入國期間接受人類免疫缺乏病毒檢驗陰性之證明。

3. 以我國無戶籍國民有二親等內之親屬於台灣地區設有戶籍為理由申覆者，應檢附下列文件：

- (1) 申覆人最近三個月內向內政主管機關申請之我國國籍證明文件。
- (2) 申覆人在台灣地區設有戶籍之二親等內之親屬的相關證明文件（須經地方法院或所屬民間公證人公證）。

五、申覆人應檢附本部疾病管制署愛滋病抗體正確性測試合格單位出具之人類免疫缺乏病毒檢驗證明文件。但本要點中華民國九十九年八月二十三日修正發布前，申覆人已入境者，亦得檢附下列人類免疫缺乏病毒檢驗陰性證明文件之一辦理：

- (一) 大陸公立醫院、財團法人組織之醫院或公私立大學附設醫院出具之檢驗證明，須經大陸地區指定之公證處公證，且經財團法人海峽交流基金會驗證。
- (二) 泰國、印尼、馬來西亞、越南、菲律賓、蒙古須為本部認可之外勞國外體檢醫院出具之檢驗證明，須經駐外館處驗證。
- (三) 除前二款以外之國家或地區國籍之申覆人，須檢附公立醫院、財團法人組織之醫院或公私立大學附設醫院出具之檢驗證明，並經駐外館處驗證。

六、前項文件為外文者，須附中文譯本；其在國外製作者，中、外文本均應經駐外館處驗證。

七、申覆案件審查程序如下：

(一) 行政審查：依據申覆人檢附之文件進行審查

1. 不適用本條例第二十條規定者，則予以駁回，不得再行申覆。
2. 如申覆人所提證明文件有欠缺者，本部得函請申覆人（或其委託人）於十五日內加以補正，逾期未補正者，則予以駁回，不得再行申覆。
3. 以受本國籍配偶傳染為理由申覆者，本部得函請申覆人及其配偶於十五日內至轄區衛生局（所）抽血，並請衛生局將原管（不分裝）血液檢體逕送至本部疾病管制署研究檢驗及疫苗研製中心（台北市昆陽街 161 號）覆驗（人類免疫缺乏病毒基因分型及基因序列分析），逾期未抽血者，則予以駁回，不得再行申覆。
4. 以我國無戶籍國民有二親等內之血親關係親屬於台灣地區設有戶籍為理由之申覆案件，本部應於二個月內完成行政審查作業予以結案，並書面函復。

(二) 召開本部傳染病防治審議會（入境覆審組）會議



1. 經行政審查適用本條例第二十條規定者，除前款第四目之申覆案件得逕予結案外，應於三個月內召開本部傳染病防治審議會（入境覆審組）會議。
2. 必要時得由地方政府（如衛生局、社會局、警政單位等）就申覆人之家庭、社會及生活狀況等提出綜合評估，並於會議中說明與報告。
3. 全案經會議決議後十五日內完成申覆審定作業，以書面函復審定結果。

## 附錄 4-12

**對未成年愛滋感染者進行病情揭露之原則****壹、前言：**

本原則乃參考 WHO 及 New York State Department of Health 建立的指引等相關文獻而訂定，針對告知前、告知期間及告知後的狀況提供原則及注意事項，俾利工作人員有所依循。

**貳、告知前準備：**

- 一、社會上對愛滋病仍存有歧視，故對於病情告知應有通盤的規劃，並且融入孩子的生活中，配合家庭教育，協助孩童慢慢成長。
- 二、於幼兒階段，跨科別的醫療團隊、公衛人員和孩童照護者即應共同討論告知事宜。
  - (一) 建議及早規劃告知事宜。
  - (二) 告知的計畫應依據孩童的心智年齡規劃不同的告知內容。
- 三、跨科別的醫療團隊、公衛人員應該評估孩童照護者的告知意願，並且和孩童照護者共同研議適當的告知計畫。
  - (一) 協助孩童照護者準備告知事宜，可能要費時 4-5 年的時間，因要克服孩童照護者的擔心、抗拒等情形。
  - (二) 跨科別的醫療團隊，首先協助孩童照護者準備告知的能力，應該與孩童照護者討論以下事宜：
    1. 照護者是否有考量告知。
    2. 持續關心孩童健康議題的重要性。
    3. 告知後的好處與壞處。
    4. 若不告知孩童病情，長期下來可能造成的潛在傷害。

(三) 當照護者不願意告知孩童病情，醫療團隊應試著了解孩童照護者的擔心，並依據擔心的情況規劃告知計畫，不要忽略孩童照護者的擔心。

(四) 必要時，應該將孩童照護者轉介至諮詢單位或其他門診給予協助。

(五) 所有的討論或會議紀錄都應詳實的記載於病歷上。

(六) 決定由誰告知最適當，由團隊決定。

四、告知前評估應評估孩童下列的狀況：

(一) 孩童的學校功能狀況。

(二) 家庭和同儕的關係及支持狀況。

(三) 興趣及日常活動狀況。

(四) 心理和行為狀況。

(五) 如果狀況許可情況下，可安排完整的心智評估。

五、當個案接近青少年期，告知病情的急迫性便增加，因為青少年會牽涉的議題更廣，如性行為及藥物濫用等問題。

## 參、告知期間

一、當孩童處於生理及心理狀況都是穩定的情況下是最適當的告知時機。

(一) 不要在孩童病情不佳或家庭狀況不佳時告知。

(二) 不建議於生日、特定假日、畢業時等特別日子告知。

二、建議學齡期間（6-12 歲）為病情揭露的最佳時機。

三、建議應依據孩童的心智年齡規劃不同的告知內容，根據孩童的發展狀況，使用清楚、適當的告知詞彙。如年紀過小的孩子由於性知識尚不足，且得知後不易保守隱私，尚不適合告知，但仍可教導目前可能會

面臨到的狀況因應方式，以利他們於日常生活當中可以有相當的準備以及因應能力。

- 四、無意間得知病況對孩子而言是最具風險的，可能造成孩童有不正確的歸因和理解，而發病住院期間最容易無意間得知病況，卻也是一個告知時機，因此發病住院階段，應由專業團隊評估如何告知事宜。
- 五、告知的內容最好要百分之百完整、全面性的告知，例如孩子會詢問如何感染的，若以虛假原因說明，可能造成不同的情緒反應，儘量不要有所隱瞞。
- 六、鼓勵孩童分享感受。
- 七、永遠允許孩童問問題。
- 八、告知時，健康照護團隊以及孩童的照護者應該全程參與。

#### 肆、告知後

- 一、告知後要評估孩童對於病情的了解程度，並且將孩童視為特別的個體，關心其在告知後的反應，並且適性發展告知後的協助策略。
- 二、告知後，仍須評估孩童下列的狀況：
  - (一) 孩童的學校功能狀況。
  - (二) 家庭和同儕的關係及支持狀況。
  - (三) 興趣及日常活動狀況。
  - (四) 情緒反應、心理和行為狀況。
- 三、病情告知只是一個開始，最重要的是之後的輔導與協助，建議告知前和後可協助孩童建立防火牆（如同儕支持性團體、民間團體、醫療團隊…等），適時給予情緒支持以及正確的觀念，避免孩童知情後，胡亂在網路上搜尋得到錯誤的訊息、見解或認識其他認知不正確的朋友，造成負面的情緒、認知以及行為的影響。

- 四、提供孩童有機會詢問或討論有關於自己的病情，讓他能夠對治療團隊建立信任感，並且可以逐漸培養孩童的自我管理能力。
- 五、健康照護團隊應給予參與告知的家屬積極的支持與服務，協助問題解決。

#### 伍、辦理方式：

本項工作以衛生局為主責單位，衛生局亦可委託 HIV 指定醫院之個管師居中作為協調聯繫者，連結跨科別的醫療團隊、家長與個案，以提供良好的支持與服務，協助個案家屬告知事宜，並完成 3 份諮詢問卷〔附錄 4-13〕；個管師亦可將完成的 3 份諮詢問卷，透過追管系統申請費用，並提供衛生局人員參考。而衛生局人員亦應隨時掌握進度及提供個管師必要之協助。

## 附錄 4-13

**對未成年愛滋感染者作病情揭露之告知前評估單**

一、訪談時間：\_\_\_\_\_

二、訪談對象：\_\_\_\_\_

三、訪談列席人員：\_\_\_\_\_

四、個案狀況評估：\_\_\_\_\_

(一) 個案基本資料：

生日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 / 年齡：\_\_\_\_\_ / 性別：\_\_\_\_\_

(二) 對 HIV 的理解程度：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(三) 臨床狀況：

1. HIV 診斷日期：\_\_\_\_\_

2. 感染之危險因子：\_\_\_\_\_

3. CD4：\_\_\_\_\_ / 檢驗時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。

4. 病毒量：\_\_\_\_\_ / 檢驗時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。

5. 服用的藥物處方：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. 生理狀況（如：生長情形、體重、身體功能狀況、中樞神經系統發展、消化系統、呼吸系統狀況等）

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. 心理及情緒狀況：

---

---

---

---

## (四) 學校狀況：

---

---

---

## (五) 興趣及日常活動：

---

---

---

## (六) 交友狀況

1. 是否有交男(女)朋友：否、是 ( 男 / 女 朋友)2. 性行為狀況：尚未有性行為、已有性行為 (皆有安全性行為、有時或完全無安全性行為)

3. 同儕關係：

(1)和同學相處狀況：\_\_\_\_\_

(2)好友人數：\_\_\_\_\_

(3)好友是否可以給予支持：\_\_\_\_\_

## 五、照護者狀況評估：

## (一) 評估對象：

1.與個案的關係：\_\_\_\_\_

2.對個案的支持狀況：\_\_\_\_\_

3.評估告知意願：\_\_\_\_\_

4.對於告知的擔心狀況與原因：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.評估可行的協助方式：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.是否需要協助轉介其他科別協助：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(二) 評估對象：\_\_\_\_\_

1. 與個案的關係：\_\_\_\_\_

2. 對個案的支持狀況：\_\_\_\_\_

3. 評估告知意願：\_\_\_\_\_

4. 對於告知的擔心狀況與原因：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. 評估可行的協助方式：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 是否需要協助轉介其他科別協助：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 對未成年愛滋感染者作病情揭露之告知計畫

一、開會時間：\_\_\_\_\_

二、開會地點：\_\_\_\_\_

三、會議出席人員：\_\_\_\_\_

四、病情告知跨科別團隊以及角色定位規劃：

小兒感染科：\_\_\_\_\_

成人感染科：\_\_\_\_\_

精神科：\_\_\_\_\_

社工單位：\_\_\_\_\_

其他科別：\_\_\_\_\_科。\_\_\_\_\_

其他科別：\_\_\_\_\_科。\_\_\_\_\_

其他科別：\_\_\_\_\_科。\_\_\_\_\_

五、會議記錄：

六、病情告知計畫：

(一) 告知時間：\_\_\_\_\_

(二) 告知地點：\_\_\_\_\_

(三) 主要告知者：\_\_\_\_\_

(四) 告知內容：

## 對未成年愛滋感染者作病情揭露之告知後評估單

一、告知時間：\_\_\_\_\_

二、告知地點：\_\_\_\_\_

三、告知內容：

四、個案反應：

五、病情告知後 1個月 評估個案以下狀況及因應措施：

(一) 家庭支持狀況：

(二) 和同儕互動情況：

(三) 個案心理／情緒反應：

(四) 生理反應：

(五) 個案興趣及日常行為狀況（與之前的比較，是否出現大幅度變化）：

(六) 服藥順從性：

(七) 學校功能狀況：



## 附錄 5-2

請個案管理人員提醒個案以下注意事項：

1. 根據人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 12 條規定，感染者有提供其感染源或接觸者之義務，對於拒絕提供感染源或接觸者相關資訊之個案時，可處以新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰
2. 本表為基於公共衛生上的需要所收集的資料，只有衛生單位相關人員會使用，不會提供部相關的人員及單位(包括檢警機關)。所有收集到的資料會儲存在上鎖的文件櫃中，個案的身份不會被透露。

### 陽性個案接觸者相關資訊表

填表人姓名：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

填表單位：\_\_\_\_\_ 填表日：\_\_\_\_\_

陽性個案姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

1. 這是首次與此個案進行接觸者追蹤的討論嗎？\_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
若此次非首次，此個案首次進行接觸者追蹤討論的日期是：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
2. 這次的追蹤是屬於： 首次通報 第1個月追蹤 第2個月追蹤 第3個月追蹤 第4個月追蹤
3. 經過妳的諮詢及解釋後，此次個案同意提供接觸者的相關資訊嗎？ 同意 不同意  
若個案不同意，請簡要說明其拒絕的情形：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. 個案執行危險行為的型態及頻率調查：

異性間性行為	每天一次
同性間性行為	每週一次
靜脈注射藥物	兩週一次
其他	每月一次
	3個月一次
	只有一次
	其他，請說明：

5. 危險行為接觸者資訊：

接觸者編號	接觸者姓名	性別	與個案的關係	與個案最後一次危險行為接觸的日期	電話	住址
1						
2						
3						
4						

6. 此個案進行接觸者告知是否有受暴的危險？ 有(編號 \_\_\_\_\_ 號的接觸者) 無  
若個案有受暴的危險，你下一步的計畫是什麼？  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 預定告知接觸者的日期：\_\_\_\_\_
- 預定告知接觸者的方式：\_\_\_\_\_ 由個案自行告知 \_\_\_\_\_ 由醫療院所醫護人員或個案管理人員陪同告知  
\_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員陪同告知 \_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員告知

8. 訪談過程簡要紀錄：\_\_\_\_\_

9. 需特別關注的問題：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. 個案需要進行後續追蹤嗎？ \_\_\_\_\_ 需要 \_\_\_\_\_ 不需要

11. 下次的接觸者告知將如何進行： \_\_\_\_\_ 由個案自行告知 \_\_\_\_\_ 由醫療院所醫護人員或個案管理人員陪同告知  
\_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員陪同告知 \_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員告知

12. 下次的追蹤計畫預定何時執行： (一個月後/ 兩個月後/ 三個月後/ 四個月後)

13. 需要任何的轉介資源嗎？ 需要 不需要

14. 若需要，則所需之轉介資源是：

15. 執行接觸者追蹤的負責人員是： 衛生局所 姓名：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

## 附錄 5-3

## 接觸者追蹤表

填表人姓名：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

填表單位：\_\_\_\_\_ 填表日：\_\_\_\_\_

接觸來源(陽性個案的姓名及身分證字號)：\_\_\_\_\_

接觸者姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

與接觸來源(陽性個案)的關係：\_\_\_\_\_

1. 這是首次告知這位接觸者嗎? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
 若此次非首次，首次告知此接觸者的日期是：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 首次告知接觸者的方式：\_\_\_\_\_ 由個案自行告知 \_\_\_\_\_ 由醫療院所醫護人員或個案管理人員陪同告知  
 \_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員陪同告知 \_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員告知

2. 這次的追蹤是屬於：\_\_\_\_\_ 第1個月內的追蹤 \_\_\_\_\_ 第2個月的追蹤 \_\_\_\_\_ 第3個月的追蹤 \_\_\_\_\_ 第4個月的追蹤  
 此次告知接觸者的方式：\_\_\_\_\_ 由個案自行告知 \_\_\_\_\_ 由醫療院所醫護人員或個案管理人員陪同告知  
 \_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員陪同告知 \_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員告知

3. 此名接觸者執行危險行為的型態及頻率調查：

_____ 異性間性行為	_____ 每天一次
_____ 同性間性行為	_____ 每週一次
_____ 靜脈注射藥物	_____ 兩週一次
_____ 其他	_____ 每月一次
	_____ 3個月一次
	_____ 只有一次
	_____ 其他，請說明：_____

4. 此名接觸者是否曾接受過HIV篩檢? \_\_\_\_\_ 是 \_\_\_\_\_ 否  
 若曾接受篩檢，篩檢日期是：\_\_\_\_\_ 篩檢結果：\_\_\_\_\_ HIV(+) \_\_\_\_\_ HIV(-)

5. 本次追蹤訪視諮詢結束後，此名接觸者是否同意進行篩檢? \_\_\_\_\_ 同意 \_\_\_\_\_ 不同意  
 預約篩檢日期：\_\_\_\_\_ 實際篩檢日期：\_\_\_\_\_ 篩檢結果：\_\_\_\_\_ HIV(+) \_\_\_\_\_ HIV(-)

若接觸者不同意篩檢，請簡要說明其拒絕的情形：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. 訪談過程簡要紀錄：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. 此名接觸者需特別關注的問題：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. 需要進行後續追蹤嗎? \_\_\_\_\_ 需要 \_\_\_\_\_ 不需要

9. 下次的接觸者告知如何進行：\_\_\_\_\_ 由個案自行告知 \_\_\_\_\_ 由醫療院所醫護人員或個案管理人員陪同告知  
 \_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員陪同告知 \_\_\_\_\_ 由衛生局所公衛護士或個管承辦人員告知

10. 下次的追蹤計畫預定何時執行：\_\_\_\_\_

11. 此名接觸者需要任何的轉介資源嗎? \_\_\_\_\_ 需要 \_\_\_\_\_ 不需要

12. 若需要，需之轉介資源是：\_\_\_\_\_ 轉介資源負責人 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

13. 此名接觸者之追蹤需其他衛生局所協助嗎? \_\_\_\_\_ 需要 \_\_\_\_\_ 不需要

14. 若需要，協助單位是：\_\_\_\_\_ 負責人 \_\_\_\_\_ 職稱 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

15. 若不需要，下次追蹤的負責人員是：姓名：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

## 附錄 6-1

**申請人類免疫缺乏病毒預防性用藥費用之注意事項**

- 一、依據「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」第 2 條、第 5 條及第 8 條辦理。
- 二、支付的項目為「抗人類免疫缺乏病毒藥品費」及「抗人類免疫缺乏病毒藥品之藥事服務費」。
- 三、檢附之申請文件：
  - (一) 申請單位領據(撥款機關或撥款人抬頭為「衛生福利部疾病管制署」)及撥款帳戶。
  - (二) 醫療費用收據正本(應貼妥申請單位之黏貼憑證,並完成核銷程序)。
  - (三) 費用明細(足以區分「抗人類免疫缺乏病毒藥品費」及「藥事服務費」)。
  - (四) 病歷摘要。
  - (五) 事發過程描述紀錄。
  - (六) 扎傷報告單及血液追蹤紀錄單〔表 1、表 2〕。
- 四、申請單位依法須於事發後 6 個月內逕送當地衛生局進行初審及申請費用,故應提早作業,以免超過時效而影響權益。

表 1

### 扎傷通報單

填表單位		填表日期	年 月 日	編號	
個案基本資料	一、姓名_____ 職稱_____ 單位別/電話_____ / 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期_____ 服務年資_____ 二、污染來源： <input type="checkbox"/> 來源不明 <input type="checkbox"/> 其他_____				
發生時間	年 月 日	發生地點	<input type="checkbox"/> 職場內：_____ <input type="checkbox"/> 職場外：_____	污染源種類	<input type="checkbox"/> 一般注射針器 <input type="checkbox"/> 頭皮針 <input type="checkbox"/> 縫針、刀片 <input type="checkbox"/> 靜脈留置針 <input type="checkbox"/> 血糖測試針 <input type="checkbox"/> 採血尖銳物 <input type="checkbox"/> 外科器械 <input type="checkbox"/> 玻璃片 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其他：_____
事件類別	當時情況	<input type="checkbox"/> 針頭回套未對準或戳破 <input type="checkbox"/> 清理或清除用物時 <input type="checkbox"/> 針頭彎曲或折斷 <input type="checkbox"/> 廢棄針頭收集盒過滿扎傷 <input type="checkbox"/> 尖銳針器隱藏其他物品中 <input type="checkbox"/> 注射/加藥時 <input type="checkbox"/> 病人躁動 <input type="checkbox"/> 解開器具配備時/清洗用物時 <input type="checkbox"/> 尖銳針器突然掉落 <input type="checkbox"/> 暴露病人血液中 <input type="checkbox"/> 抽血時 <input type="checkbox"/> 手術中 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	行政管理	<input type="checkbox"/> 工作人員管理問題 <input type="checkbox"/> 環境設備管理問題 <input type="checkbox"/> 作業流程設計問題 <input type="checkbox"/> 其他，說明_____			
發生原因	<input type="checkbox"/> 環境傷害因素 <input type="checkbox"/> 設施/設備因素 <input type="checkbox"/> 人為疏失 <input type="checkbox"/> 技術不良 <input type="checkbox"/> 其他因素_____				
發生經過	※描述事發經過：				
	扎傷部位及深度(敘述)： 扎傷物品已污染： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 扎傷次數： <input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 曾扎傷過，第_____次 工作中戴手套： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 感染源是否為 HIV 高危險群： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知				
處理過程	立即通知： <input type="checkbox"/> 直屬主管 <input type="checkbox"/> 其他相關科室_____				
	立即處理： <input type="checkbox"/> 扎傷處緊急處理 <input type="checkbox"/> 流動的水沖洗 <input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 包紮 <input type="checkbox"/> 暴露黏膜大量沖水 <input type="checkbox"/> 收集感染源現有檢驗資料及採集感染源血液				
	後續處理： <input type="checkbox"/> 於醫院_____科掛號看診 <input type="checkbox"/> 通報勞安室 <input type="checkbox"/> 其它：_____				

表 2

## 針扎血液追蹤紀錄

受扎者姓名		員工代碼				
檢驗報告	感染源	受扎者				備 註
		扎傷時	六週	三個月	六個月	
HBsAg						
Anti-HBs						
Anti-HCV						
Anti-HIV						
RPR/VDRL						
SGOT(AST)						感染來源為 HCV 陽性時檢測
SGPT (ALT)						感染來源為 HCV 陽性時檢測
<p>服用之抗人類免疫缺乏病毒藥品預防性藥物處方：</p> <p>實際服藥天數：            （實際服藥天數不足 28 天之原因：<input type="checkbox"/>病人自行停藥<input type="checkbox"/>因副作用經與醫師討論後停藥<input type="checkbox"/>醫囑開藥未達 28 天，請說明原因_____）  <input type="checkbox"/>其他，請說明原因_____）</p> <p>服藥後之副作用：</p> <p>其它追蹤說明：</p>						



附錄 6-2

### 減害計畫執行點針扎事件報告單

執行地點： \_\_\_\_\_ 報告日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

姓名：		性別：	
身分證號碼：		出生年月日：	
事件描述：			
時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 發生經過：          就醫情形簡述：			
事件檢討分析：			

報告人： \_\_\_\_\_ 執行地點負責人： \_\_\_\_\_ 衛生局人員： \_\_\_\_\_

追蹤情形：	追蹤日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日
檢驗結果：   追蹤情形簡述：          是否結案： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因： _____	

衛生局追蹤人員： \_\_\_\_\_

## 附錄 6-3

**「非職業暴露愛滋病毒後預防性投藥」同意書**

本人（立同意書人）\_\_\_\_\_經\_\_\_\_\_醫院工作人員說明後，已充分了解服用抗愛滋病毒藥物做為預防感染愛滋的目的，及該藥物可能帶來的副作用與規則服藥的重要性。在與醫事人員充分討論後，本人同意遵從醫囑服用該藥物，以預防感染愛滋病毒。

立同意書人：

（簽名或蓋章）

身分證字號：

中 華 民 國                      年                      月                      日

## 附錄 6-4

## 非職業暴露愛滋病毒後預防性投藥處理原則 (Non-occupational post-exposure prophylaxis for HIV)

### 前言

全世界每一年大約有兩百七十萬人新診斷愛滋病毒（human immunodeficiency virus; HIV）感染；美國每年則有超過五萬名新診斷的感染者<sup>1</sup>。根據台灣疾病管制局的通報資料，自從注射藥毒癮者感染愛滋病毒的疫情獲得控制以後，2007 年到 2011 年台灣每年新診斷的愛滋病毒感染者大約在 1,600 到 2,000 人，其中男男間性行為已經成為愛滋病毒感染最主要的傳染途徑。

如何預防愛滋病毒的傳播一直是科學家、公共衛生專家與臨床工作者長期關注研究的課題。目前預防性或治療性愛滋病毒疫苗的研究尚未有突破性的發展，過去曾經發展過多種體外的抗病毒製劑（microbicide），研究結果並不理想。近來有大型臨床試驗發現在接觸病毒前使用（pre-exposure prophylaxis; PrEP）特定的口服或體外的抗愛滋病毒藥物，在特定族群上具有預防愛滋病毒感染的效果<sup>2-4</sup>。然而，如何推廣接觸愛滋病毒前使用預防藥物，其使用時機、對象、安全性及必要性，目前尚待討論<sup>5</sup>。

就愛滋病毒的感染過程來看，人體藉由血液或體液接觸病毒後，大多數的情況下並不會立即造成感染。動物實驗的觀察，病毒經由黏膜侵入後，約 48 小時後到達局部淋巴結。因此由接觸病毒後到感染確立發生的這段期間，是另一個可以預防感染的著力點，因此，概念上我們可以稱為暴露後預防性投藥（post-exposure prophylaxis; PEP）。在九十年代儘管醫學界只有有限的抗愛滋病毒藥物可供選擇的時候，當醫療人員在醫療環境中經由銳器戳傷或血液、體液潑濺等暴露到愛滋病毒時，醫療人員就開始使用暴露後預防性投藥。1997 年研究人員在新英格蘭期刊發表的一篇觀察研究發現，醫護人員因為提供醫療照護中暴露愛滋病毒後，使用 zidovudine（AZT）做為暴露後預防性投

藥，相較於未服藥者可降低 81% 感染愛滋病毒的機率<sup>6</sup>，雖然此研究提供了醫療人員在暴露愛滋病毒後預防感染的可能方法，然而這個研究有許多研究方法上的限制：第一、研究設計屬於回溯性研究；第二、醫療環境中經由汙染體液暴露感染愛滋病毒的發生率很低（估計是 0.3%），因此研究觀察最終感染者人數有限（僅有 33 位）；第三、感染者與未感染的對照組在體液暴露上存有許多差異（包括：傷口深度、傷口大小及暴露來源）；第四、暴露後所使用的抗愛滋病毒藥物並沒有採用統一的劑量及時間。因為低發生率、倫理考量和諸多因素，的確不可能針對醫療人員進行一個隨機分組、雙盲的臨床試驗，以確認不同預防處方種類和劑量在暴露後預防的效果。不過，有人將這個暴露後預防性投藥的觀察研究結果開始應用於受到性侵害的婦女；後續也開始應用在因性行為接觸，或是共用針器或稀釋液的注射藥癮者暴露到愛滋病毒等非職業暴露的人身上使用暴露後預防性投藥。

## 沿革與臨床觀察

美國疾病管制局曾在 1997 年召開專家會議針對非職業暴露者的暴露後預防性投藥進行專家討論，到了 1998 年美國衛生部認為當時科學證據無法支持或反對非職業暴露者給予暴露後預防性投藥<sup>7</sup>。時至今日，基於種種考慮仍舊沒有更好的科學證據，但從動物試驗、母子垂直傳染預防的臨床觀察或試驗研究、職業暴露者的暴露後預防性投藥和其他非職業暴露者觀察性研究等，越來越多證據支持暴露後預防性投藥對於降低非職業環境中暴露愛滋病毒者的感染風險上具有一定的角色，因此美國衛生部在 2005 年 1 月發表關於非職業暴露者的暴露後預防性投藥的建議<sup>8</sup>，2005 年 9 月世界衛生組織暨國際勞工組織在日內瓦舉行專家會議，也針對關於職業暴露及非職業暴露預防性投藥的相關議題進行討論。以下我們就針對幾個重要的觀察性研究逐一描述。

在巴西進行針對 202 位高風險性行為者平均追蹤 16 個月的前瞻性研究中，研究人員發現這群人每年愛滋病毒血清陽性發生率（annual seroincidence rate）為 3%（95% 信賴區間[confidence interval; CI]:1.3%-5.9%），其中 65 位接受暴露後預防性投藥血清陽性發生率降低為 1.1%（95% CI, 0.03%-6.4%），

而未接受暴露後預防性投藥血清陽性發生率約在 3.9% (95% CI, 1.6%-8.1%)<sup>9</sup>；當研究追蹤到 24.2 個月時兩組間的發生率的差異縮小，且不具統計上的意義 (2.9% vs. 3.1%, P=0.97)<sup>10</sup>。在巴西另一個針對被性侵害婦女所做的研究，若受害婦女在 72 小時內就醫且沒有明顯黏膜受傷，則投予兩種預防藥物 (AZT 和 lamivudine [3TC])；若受害婦女在 72 小時內就醫且有黏膜受傷，則投予三種預防藥物 (AZT, 3TC, indinavir)，使用的期間為 28 天；若在 72 小時後就醫，或是證實性侵犯者為愛滋病毒陰性，或是有使用保險套且沒有明顯黏膜受傷，則不使用暴露後預防性投藥；在 180 位接受預防藥物中，研究觀察沒有發現感染者，145 位未接受暴露後預防性投藥中，發現有 4 位 (2.7%) 感染者<sup>11</sup>。

另外有幾個有名的案例也值得我們在討論暴露後預防時機和期間的參考。2000 年丹麥的研究人員報告一名捐血者在不知身處愛滋病毒感染空窗期而捐血，捐血後出現急性愛滋病毒感染症狀 (發燒及皮疹)，之後檢驗出血液中有高愛滋病毒量，而先前捐的紅血球，已經輸進一名患者體內。這名受捐者在輸血後 50 小時開始服用抗愛滋病毒藥物做為暴露後預防性投藥；受血者在經過 9 個月的持續預防藥物，停藥後 6 個月證實並未感染<sup>12</sup>。其次，一位婦女在自行注射精液後 (self-insemination)，發現精液來自一位處於愛滋病毒急性感染者，這位婦女在第十天開始接受暴露後預防性投藥，最後證實未被感染，而且順利產下未被感染的寶寶<sup>13</sup>。

不過，我們必須注意目前已知科學證據都來自觀察性研究，並無法證實預防藥物的真正效果，原因是在實際案例中我們不容易知道接觸病毒與造成感染的兩個確切時間點，許多重要的因子也無法一一被校正，例如：接觸病毒量的多寡、病毒的種類與接觸的方式等，更甚者在非職業暴露者往往無法得知接觸對象的血清狀況 (是否有愛滋病毒感染)，因此我們在解讀文獻結果上要格外小心。以下建議主要以 2005 年美國衛生部指引為藍本並參照 2007 年世界衛生組織及 2008 年紐約州所訂定的指引並考慮國內現有藥物及醫療環境所訂定，須注意臨床情境不一而足且醫療進步日新月異，應用上須因應不

同情況有所斟酌並參考新的文獻。關於職業暴露愛滋病毒後之處理原則，請參見行政院衛生署疾病管制局 2010 年 10 月所出版愛滋病檢驗及治療指引第 3 版第九章。

### 評估非職業暴露愛滋病毒的可能性

當發生體液暴露後，我們的首要工作是評估發生非職業暴露愛滋病毒的可能性。我們必須考慮暴露者本身愛滋病毒的血清狀況、接觸對象本身愛滋病毒的血清狀況（HIV status of the source）、發生可能暴露的時間點與暴露方式、接觸後是否發生其他感染（concomitant infection），及接觸後是否有任何可疑的症狀。

以下我們就暴露後評估和投藥預防愛滋病毒感染應注意事項，逐項敘述：

- 對於所有尋求非職業暴露評估的人，應儘速檢測抗愛滋病毒抗體做為基礎值。我們建議使用美國食品藥物管理局認可的快速篩檢試劑（<http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/rapid/rt-comparison.htm>）。若無法使用快速篩檢，我們可以先假設尋求非職業暴露評估的人抗愛滋病毒抗體檢查為陰性的前提下進行其他評估。（圖一）
- 臨床觀察資料發現，在愛滋病毒暴露後超過 72 小時才給予暴露後預防性投藥，預防效果不佳。因此，在權衡使用預防藥物的好處及壞處下，我們並不建議暴露後超過 72 小時以上給予暴露後預防性投藥。（圖一）
- 對於經常反覆發生非職業暴露者，我們並不建議反覆使用暴露後預防性投藥，反而應該著重在行為介入（intensive risk-reduction interventions）。（圖一）
- 若對象已知愛滋病毒感染，應於 72 小時內給予非職業暴露者暴露後預防性投藥，並盡可能了解對象的過去疾病和暴露史及現在抗愛滋病毒用藥的種類及愛滋病毒感染接受治療後控制的狀況（如：最近一次血漿中愛滋病毒量的結果），以利選擇用藥。

- 若無法了解對象愛滋病毒的血清狀況，則考慮對象是否為高危險族群:如多重性伴侶者、性傳染病者、雙性或男男間性行為者、共用針頭者、性工作者或性—毒品交易者，考慮於 72 小時內給予暴露後預防性投藥，並盡可能讓對象接受愛滋病毒抗體檢查。若對象愛滋病毒抗體檢查為陰性且無證據認定為急性愛滋病毒感染，則不建議暴露者的暴露後預防性投藥（圖一）。
- 已知對象為愛滋病毒感染，一般而言單一次的體液暴露（輸血除外）而造成感染的機會並不高，一般估計約略在兩萬分之一到千分之七。當然不同方式的暴露其風險值也有差異（表一）<sup>14-22</sup>，因此我們建議在病史詢問中應了解其性行為的方式、是否共用針或稀釋液或是有無其他危險暴露。
- 在公共場所（如公園、空地）被丟棄針頭針扎，雖然未曾有因此造成愛滋病毒感染案例的發生，但是針頭來源很可能是注射藥癮者，因此我們認為仍有風險（雖然無法估計其風險）。所幸這種情形大多是小孔針頭，針頭內所含血量非常有限，加上室溫及高溫都會影響病毒的活性<sup>15,20</sup>。
- 同時有性病感染會增加愛滋病毒感染的風險，因此在考慮暴露到愛滋病毒後的投藥預防的同時，我們也應該檢測暴露者其他性病及病毒性肝炎的感染風險；如果暴露者血清檢驗結果顯示未曾感染過 B 型肝炎病毒而且沒有足量（anti-HBs antibody >10 mIU/ml）保護性抗體，應建議其接種 B 型肝炎疫苗，詳細內容參見行政院衛生署所公布「扎傷及血液體液暴露之感染控制措施指引」。
- 若尋求暴露後評估者為女性，應驗孕並同時討論懷孕及緊急避孕的問題。

### 使用預防藥物的建議

- 若已知對象為愛滋病毒感染且發生危險暴露，則建議在 72 小時內及早給予預防藥物，建議給予 28 天的預防投藥期程（圖一）。
- 動物實驗及臨床觀察發現在黏膜及其他非職業暴露後，48 到 72 小時內開

始並持續 28 天預防藥物能降低感染愛滋病毒的機會。

- 在藥物的選擇上，並非所有證實可用於治療愛滋病毒的組合式抗愛滋病毒藥物治療都適合當作預防用藥，必須考慮服藥順從性、藥物副作用與費用<sup>23-29</sup>（如表二）
- 目前並沒有證據顯示有任何單一藥物或是組合處方在預防效果上優於其他處方。我們根據過去的使用經驗及台灣目前現有可取得的藥物，將處方分為建議處方與替代處方（表二）。
- 目前並沒有證據顯示使用三種抗愛滋病毒藥物的預防效果優於兩種藥物，但基於治療感染者的臨床證據，為達到最大抑制病毒複製效果，美國衛生部及紐約州都建議使用三種藥物作為暴露後預防性投藥。
- 醫療人員有義務告知預備服用的接觸者關於藥物常見的副作用及處理方式，並建議後續追蹤的時程。
- 若能追蹤對象，應了解過去及現在使用抗愛滋病毒治療處方，並記錄最近一次病毒量檢查結果，這些資訊可幫助選擇暴露後預防性投藥。我們建議盡可能避免選擇使用可能對對象所帶病毒無效的用藥；最好能取得對象同意，儘快檢查病毒量及抗藥性檢測。
- 對於遭遇非職業暴露，但無法確定是具有重要潛在感染風險的體液，且無法得知對象是否感染愛滋病毒的人，若在 72 小時內就醫，臨床醫師應就可能的風險與可能的好處與個別求診者一同討論。
- 對於遭遇非職業暴露，而暴露的體液為可忽略感染風險的體液，或是無法在 72 小時內就醫，目前不建議給予暴露後預防性投藥。

### 接受暴露後預防性投藥應注意事項

- 所有療程，包含所使用各項藥物與檢查之費用均自費負擔。
- 若非人類免疫缺乏病毒指定醫事機構或主治醫師未曾使用過抗愛滋病毒藥物，建議與有經驗的感染科醫師聯繫，特別是懷疑對象為抗藥性病毒



感染及懷孕婦女發生非因職業性暴露，我們都建議應盡速與有經驗的感染科醫師聯繫。

- 為達到良好的服藥順從性，我們應告知病人遵囑性的重要，及解釋服用藥物可能遭遇的副作用，以幫助解決服藥的不適。為了增進服藥遵囑性，我們建議在評估抗藥性和副作用後，選擇每日服藥次數較少或是顆粒數較少的處方。此外，我們建議每次處方開立天數以短期內回診為原則（每周至少一次），以適切評估服藥順從性與可能產生之不適，並可反覆加強衛教諮詢。
- 透過精神科醫師的協助，我們可以降低病人對可能感染的焦慮，減少不安全的行為及增加藥物順從性。
- 所有尋求非職業暴露評估的人，應進行愛滋病毒、B 型肝炎、C 型肝炎以及性病檢查，並於四到六周、三個月和六個月再次安排相關檢查（如表三）。

表一、單一次暴露於含愛滋病毒的體液或血液造成感染愛滋病毒估計風險值\*

暴露途徑	每 10,000 次暴露到已知感染源	參考文獻
輸血	9,000	17
共用針頭分享靜脈藥物	67	18
接受型肛交	50	14,22
針扎	30	16
接受型陰道交	10	14,19,22
插入型肛交	6.5	14,22
插入型陰道交	5	14,22
接受型口交	1	22**
插入型口交	0.5	22**

\*暴露途徑中性行為均假設未使用保險套

\*\*假設感染源為男性

表二、愛滋病毒體液或血液暴露後可以使用預防藥物的建議處方和副作用

建議處方	
non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI)-based	Efavirenz*+ lamivudine + tenofovir
	Efavirenz*+ lamivudine + zidovudine
	Efavirenz*+ lamivudine + abacavir**
Protease inhibitor (PI)-based	Lopinavir/ritonavir + lamivudine + tenofovir
	Lopinavir/ritonavir + lamivudine + zidovudine
	Lopinavir/ritonavir + lamivudine + abacavir**
	Darunavir/ritonavir + lamivudine + tenofovir
	Darunavir/ritonavir + lamivudine + zidovudine
	Darunavir/ritonavir + lamivudine + abacavir**
	Atazanavir /ritonavir + lamivudine + tenofovir
	Atazanavir + lamivudine + zidovudine
	Atazanavir + lamivudine + abacavir**
Integrase inhibitor (II)-based	Raltegravir + lamivudine + zidovudine
	Raltegravir + lamivudine + abacavir**
	Raltegravir + lamivudine + tenofovir

\* efavirenz (Stocrit<sup>®</sup>; EFV) 在已知懷孕或在生育年齡的婦女要注意致畸胎的可能

\*\* 根據臺大醫院的臨床觀察和基因型的研究發現，在國人帶有和發生 abacavir 過敏相關的基因型 (HLA B\*5701) 的頻度很低 (低於 1%)，發生符合 abacavir 過敏反應定義的機會大約為 0.5%

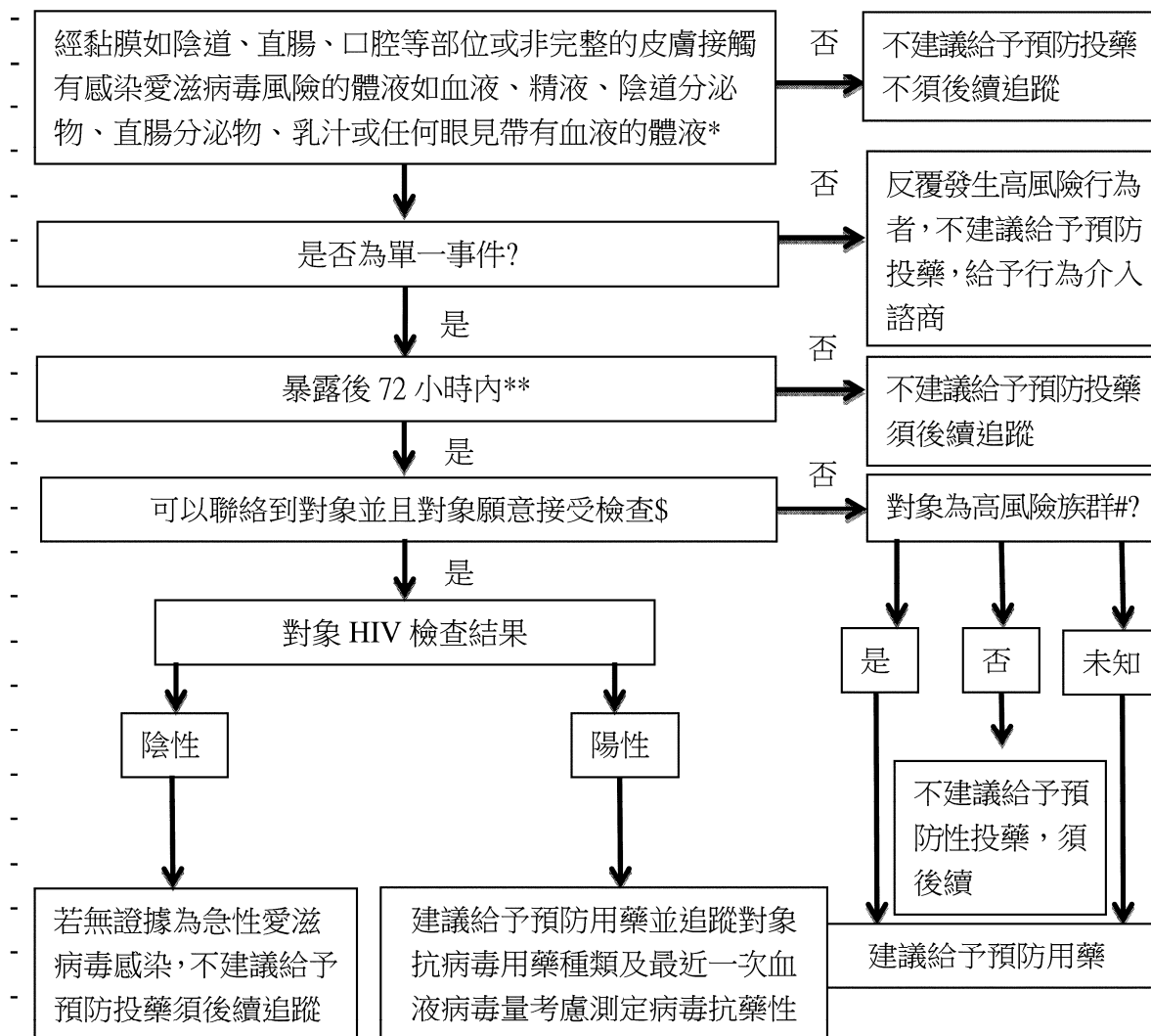
藥物#	成人劑量	副作用*
Efavirenz (Stocrit) 600mg/tab	一次一顆，每日服用一次睡前服藥，建議空腹不可用於懷孕或可能懷孕的婦女	噁心、眩暈、頭痛、肌肉關節痛或睡眠失調。可能出現嚴重頭昏、沮喪等精神方面的障礙、嚴重過敏、肝功能異常、黃疸
Lopinavir/ritonavir (Kaletra) 200/50 mg/tab	一次二顆，每日服用兩次或一次四顆，每日服用一次須注意與其他藥物交互作用	腹痛、腹瀉、消化不良、噁心、嘔吐、可能出現皮疹、偶有味覺改變、手腳麻木、食慾不振
Darunavir (Prezista) 400 mg/tab	一次二顆，每日服用一次與 ritonavir 併用須注意與其他藥物交互作用	噁心、頭痛、鼻咽炎現象，可能出現嚴重皮疹、肝功能異常、黃疸磺胺類藥物有過敏史的感染者，要特別留意可能對普利他產生藥物過敏

藥物#	成人劑量	副作用*
Atazanavir (Reyataz) 150 mg/tab 或 200 mg/tab	150 mg/tab 一次二顆，每日服用一次與 ritonavir 併用或 200 mg/tab 一次二顆，每日服用一次 建議與食物合併服用 避免與制酸劑併用 (proton-pump inhibitors 和 H2 blockers)或間隔 12 小時 須注意與其他藥物交互作用	輕微黃疸(皮膚眼睛變黃)、腹痛、噁心、頭痛
Ritonavir (Norvir) 100 mg/cap	一天一次，每次一顆與其他蛋白酶抑制劑併用 需冷藏 須注意與其他藥物交互作用	腸胃不適、腹瀉、嘔吐、四肢發麻
Raltegravir (Isentress) 400 mg/tab	一天兩次，每次一顆 避免併用含鎂離子、鈣離子或鐵離子的藥物或間隔 4 小時以上	腹瀉、噁心、疲倦、頭痛、肌肉酸痛和發燒，可能出現皮疹、嚴重過敏、憂鬱、自殺傾向
Lamivudine (3TC) 150 mg/tab	一天兩次，每次一顆 或一天一次，每次二顆	少有副作用
Tenofovir (Viread) 300 mg/tab	一天一次，每次一顆	噁心、嘔吐、腹瀉、疲倦無力，比較少見的則有肝功能異常、腹痛、漲氣。嚴重的副作用，包括乳酸中毒、肝毒性、腎毒性
Abacavir/lamivudine (Kivexa) 600 mg & 300 mg/ tab	一次一顆，每日服用一次	藥物過敏反應、頭痛、嘔吐、腹瀉、疲倦
Zidovudine/lamivudine (Combivir) 300 mg & 150 mg/tab	一次一顆，每日服用兩次	貧血、白血球降低、食慾不振，頭痛失眠。如莫名發燒喉痛，黃疸請儘速就醫。長期用可能造成肌肉疼痛

# 藥物與藥物間的交互作用繁多，程度不一無法一一列舉

\* 藥物都有可能發生過敏反應，典型症狀是不等程度的紅疹，好發的時間大約是開始使用藥物的 2-4 週，特別是 10-14 天左右；副作用與長期使用所導致的新陳代謝等問題無法一一列舉，詳見行政院衛生署疾病管制局出版「愛滋病檢驗及治療指引」第 3 版

圖一：建議流程



\* 臨床行為實例須參看風險族群評估 (無法一一列舉)

不具有風險的暴露	具有風險的暴露
輕吻 (無黏膜或皮膚傷口)	無使用保險套陰道交 (雙方)
口對口接觸 (無黏膜或皮膚傷口)	無使用保險套肛交 (雙方)
用手撫慰生殖器 (無黏膜或皮膚傷口)	□-陰莖性交 (接受方，口內射精會增加風險)
□-陰道性交 (無可見血液)	□-陰道性交 (有可見血液)
咬傷(無可見血液)	共用針頭
□-陰莖性交? (插入方)	咬傷(有可見血液)
□-肛門? (無可見血液)	

\*\* \$ 若無法立即評估就醫者 (例如遭受性侵犯的受害者) 的暴露時間、行為及對象可以考慮先給予一劑預防用藥，之後再根據的臨床證據重新評估

# 高風險族群：多重性伴侶者、性傳染病者、雙性或男男間性行為者、共用針頭者、性工作作者或性-毒品交易者

表三、建議非職業性暴露後血液檢查及時程

	基礎值	暴露後二周	暴露後四到六周	暴露後三個月	暴露後六個月
HIV1/2 antibody (EIA)\$	V		V	V	V
Complete blood count with differential	V	V			
Serum liver enzymes: AST ALT	V	V			
Blood urea nitrogen/creatinine	V	V			
Serologic tests for syphilis: VDRL/RPR, TPHA	V	V	V		
HBsAg, anti-HBs#	V		V	V	
HCV antibody test (e.g., EIA/ELISA)*	V			V	V
Pregnancy test (urine and blood)	V	V	V		

\$ 若暴露後 anti-HCV 陽轉，則 anti-HIV 追蹤延長至 1 年

# 暴露者無保護性抗體(serum anti-HBs <10mIU/mL)且對象為 B 型肝炎感染者建議盡快(暴露後 24 小時內)給予 HBIG 及第一劑 HBV 疫苗(施打在不同部位)，並於 1-2 個月及 6 個月完成第二劑和第三劑疫苗；暴露者無保護性抗體但對象未知是否為 B 型肝炎感染者，除非確定為疫苗不反應者(non-responder)，建議仍要施打 HBV 疫苗

\* HCV antibody 一旦為陽性需檢查 HCV RNA 並與專科醫師討論後續治療

表四、103 年人類免疫缺乏病毒指定醫事機構

No.	醫事機構代碼	醫療院所名稱	聯絡電話	所在縣市	地址
1	1234020011	財團法人天主教靈醫會 羅東聖母醫院	03-9544106	宜蘭縣	宜蘭縣羅東鎮中正南路 160 號
2	0434010518	國立陽明大學附設醫院	03-9325192	宜蘭縣	宜蘭縣宜蘭市新民路 152 號
3	1111060015	長庚醫療財團法人基隆 長庚紀念醫院	02-24313131	基隆市	基隆市安樂區麥金路 222 號
4	0401180014	國立臺灣大學醫學院附 設醫院	02-23123456	台北市	台北市中正區中山南路 7、8 號；常德街 1 號
5	0601160016	臺北榮民總醫院	02-28712121	台北市	台北市北投區石牌路 2 段 201 號
6	0501110514	三軍總醫院附設民眾診 療服務處	02-87927044	台北市	台北市內湖區成功路 2 段 325 號
7	0101090517	臺北市立聯合醫院 (忠 孝院區、陽明院區、仁 愛院區、和平院區、昆 明院區)	02-25553000	台北市	台北市大同區鄭州路 145 號 (代表)
8	1301170017	臺北醫學大學附設醫院	02-27372181	台北市	台北市信義區吳興街 252 號
9	1101150011	新光醫療財團法人新光 吳火獅紀念醫院	02-28332211	台北市	台北市士林區文昌路 95 號及士商路 51 號 1 至 7 樓 53、55 號
10	1301200010	台北市立萬芳醫院－委 託財團法人私立臺北醫 學大學辦理	02-29307930	台北市	台北市文山區興隆路 3 段 111 號
11	1101100011	財團法人臺灣基督長老 教會馬偕紀念社會事業 基金會醫院	02-25433535	台北市	台北市中山區中山北路 2 段 92 號
12	1131010011	醫療財團法人徐元智先 生醫藥基金會亞東紀念 醫院	02-89667000	新北市	新北市板橋區南雅南路 2 段 21 號
13	1131100010	財團法人基督長老教會 馬偕紀念醫院淡水分院	02-28094661	新北市	新北市淡水區民生路 45 號

No.	醫事機構代碼	醫療院所名稱	聯絡電話	所在縣市	地址
14	1331040513	<u>衛生福利部雙和醫院</u> <u>〈委託臺北醫學大學興建經營〉</u>	02-22490088	新北市	新北市中和區中正路291號
15	0190030516	<u>衛生福利部金門醫院</u>	082-332546	金門縣	金門縣金湖鎮復興路2號
16	1132070011	<u>長庚醫療財團法人林口</u> <u>長庚紀念醫院</u>	03-3281200	桃園縣	桃園縣龜山鄉公西村復興街5號、5之7號
17	0132010014	<u>衛生福利部桃園醫院</u>	03-3699721	桃園縣	桃園縣桃園市中山路1492號
18	0132010023	<u>衛生福利部桃園療養院</u>	03-3698553	桃園縣	桃園縣桃園市龍壽街71號
19	1112010519	<u>財團法人馬偕紀念醫院</u> <u>新竹分院</u>	03-6119595	新竹市	新竹市東區光復路二段690號
20	0412040012	<u>國立臺灣大學醫學院附設醫院</u> <u>新竹分院</u>	03-5326151	新竹市	新竹市北區金華里經國路一段442巷25號
21	1135050020	<u>財團法人為恭紀念醫院</u>	037-676811	苗栗縣	苗栗縣頭份鎮東庄里仁愛路116號
22	1317050017	<u>中國醫藥大學附設醫院</u>	04-22062121	台中市	台中市北區育德路2號
23	1317040011	<u>中山醫學大學附設醫院</u>	04-24739595	台中市	台中市南區建國北路一段110號
24	0617060018	<u>臺中榮民總醫院</u>	04-23592525	台中市	台中市西屯區臺灣大道四段1650號
25	1517061032	<u>澄清綜合醫院中港分院</u>	04-24632000	台中市	台中市西屯區臺灣大道四段966號
26	0136010010	<u>衛生福利部豐原醫院</u>	04-25271180	台中市	台中市豐原區安康路100號
27	0936060016	<u>童綜合醫療社團法人童綜合醫院</u>	04-26581919	台中市	台中市梧棲區臺灣大道八段699號
28	0117030010	<u>衛生福利部台中醫院</u>	04-22294411	台中市	台中市西區三民路一段199號
29	1136090519	<u>佛教慈濟醫療財團法人</u> <u>台中慈濟醫院</u>	04-36060666	台中市	台中市潭子區豐興路1段88號



No.	醫事機構代碼	醫療院所名稱	聯絡電話	所在縣市	地址
30	0917070029	<u>林新醫療社團法人林新醫院</u>	04-22586688	台中市	台中市南屯區惠中路3段36號
31	1137010024	<u>財團法人彰化基督教醫院</u>	04-7238595	彰化縣	彰化縣彰化市光南村南校街135號
32	0137170515	<u>衛生福利部彰化醫院</u>	04-8298686	彰化縣	彰化縣埔心鄉舊館村中正路二段80號
33	0138010027	<u>衛生福利部南投醫院</u>	049-2231150	南投縣	南投縣南投市康壽里復興路478號
34	0138030010	<u>衛生福利部草屯療養院</u>	049-2550800	南投縣	南投縣草屯鎮玉屏路161號
35	0439010518	<u>國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院</u>	05-5323911	雲林縣	雲林縣斗六市雲林路2段579號
36	1139030015	<u>天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院</u>	05-6337333	雲林縣	雲林縣虎尾鎮新生路74號
37	1122010012	<u>戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院</u>	05-2765041	嘉義市	嘉義市東區中庄里忠孝路539號、642號、保健街100號
38	1140010510	<u>長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院</u>	05-3621000	嘉義縣	嘉義縣朴子市仁和里嘉朴路西段6號、8號
39	0622020017	<u>臺中榮民總醫院嘉義分院</u>	05-2359630	嘉義市	嘉義市西區世賢路2段600號
40	1141310019	<u>奇美醫療財團法人奇美醫院</u>	06-2812811	台南市	台南市永康區中華路901號
41	0421040011	<u>國立成功大學醫學院附設醫院</u>	06-2353535	台南市	台南市北區勝利路138號
42	1302050014	<u>財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院</u>	07-3121101	高雄市	高雄市三民區十全一路100號
43	0602030026	<u>高雄榮民總醫院</u>	07-3422121	高雄市	高雄市左營區大中一路386號
44	0102070020	<u>高雄市立大同醫院（委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院）</u>	07-2911101	高雄市	高雄市前金區中華三路68號

No.	醫事機構代碼	醫療院所名稱	聯絡電話	所在縣市	地址
45	1142100017	<u>長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院</u>	07-7317123	高雄市	高雄市鳥松區大埤路123號
46	1142120001	<u>義大醫療財團法人義大醫院</u>	07-6150011	高雄市	高雄市燕巢區角宿里義大路1號
47	0943030019	<u>安泰醫療社團法人安泰醫院</u>	08-8329966	屏東縣	屏東縣東港鎮興東里中正路一段210號
48	1143010012	<u>屏基醫療財團法人屏東基督教醫院</u>	08-7368686	屏東縣	屏東縣屏東市華山里大連路60號
49	0144010015	<u>衛生福利部澎湖醫院</u>	06-9261151	澎湖縣	澎湖縣馬公市啟明里中正路10號
50	1145010038	<u>臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院</u>	03-8241234	花蓮市	花蓮市民權路44號
51	1145010010	<u>財團法人佛教慈濟綜合醫院</u>	03-8561825	花蓮縣	花蓮縣花蓮市中央路3段707號
52	1146010014	<u>馬偕紀念醫院台東分院</u>	089-310190	台東縣	台東縣台東市長沙街303巷1號
53	1101010012	<u>長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院</u>	02-27135211	台北市	台北市松山區敦化北路199號
54	1101020018	<u>國泰醫療財團法人國泰綜合醫院</u>	02-27082121	台北市	台北市大安區仁愛路4段280號，266巷6號
55	1131050515	<u>佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院</u>	02-66289779	新北市	新北市新店區建國路289號
56	0936050029	<u>光田醫療社團法人光田綜合醫院</u>	04-26625111	台中市	沙鹿院區：台中市沙鹿區沙田路117號 大甲院區：台中市大甲區經國路321號
57	0937010019	<u>秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院</u>	04-7256166	彰化縣	彰化縣彰化市南瑤里中山路1段542號

## 參考文獻

1. Hall HI, Song R, Rhodes P, et al. Estimation of HIV incidence in the United States. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2008;300:520-9.
2. Michael NL. Oral preexposure prophylaxis for HIV--another arrow in the quiver? *The New England journal of medicine* 2010; 363:2663-5.
3. Abdool Karim Q, Abdool Karim SS, Frohlich JA, et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science* 2010;329:1168-74.
4. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *The New England journal of medicine* 2012;367:423-34.
5. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *The New England journal of medicine* 2012;367:411-22.
6. Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *The New England journal of medicine* 1997;337:1485-90.
7. Management of possible sexual, injecting-drug-use, or other nonoccupational exposure to HIV, including considerations related to antiretroviral therapy. Public Health Service statement. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 1998;47:1-14.
8. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of

- Health and Human Services. MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports / Centers for Disease Control 2005;54:1-20.
9. Harrison LH, Lago RFd, Moreira RI, Mendelsohn AB, Schechter. M. Post-Sexual-Exposure Chemoprophylaxis (PEP) for HIV: A Prospective Cohort Study of Behavioral Impact. In: 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago, Illinois; 2001.
  10. Schechter M, do Lago RF, Mendelsohn AB, Moreira RI, Moulton LH, Harrison LH. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35:519-25.
  11. J. D. Post-exposure prophylaxis in raped women. In: IV International Conference on HIV infection in women and children. Rio de Janeiro; 2002.
  12. Katzenstein TL, Dickmeiss E, Aladdin H, et al. Failure to develop HIV infection after receipt of HIV-contaminated blood and postexposure prophylaxis. *Annals of internal medicine* 2000;133:31-4.
  13. Bloch M, Carr A, Vasak E, Cunningham P, Smith D. The use of human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis after successful artificial insemination. *American journal of obstetrics and gynecology* 1999;181:760-1.
  14. Royce RA, Sena A, Cates W, Jr., Cohen MS. Sexual transmission of HIV. *The New England journal of medicine* 1997;336:1072-8.
  15. Rich JD, Dickinson BP, Carney JM, Fisher A, Heimer R. Detection of HIV-1 nucleic acid and HIV-1 antibodies in needles and syringes used for non-intravenous injection. *AIDS* 1998;12:2345-50.
  16. Abdala N, Reyes R, Carney JM, Heimer R. Survival of HIV-1 in syringes: effects of temperature during storage. *Substance use & misuse* 2000;35:1369-83.
  17. Donegan E, Stuart M, Niland JC, et al. Infection with human

- immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) among recipients of antibody-positive blood donations. *Annals of internal medicine* 1990;113:733-9.
18. Kaplan EH, Heimer R. HIV incidence among New Haven needle exchange participants: updated estimates from syringe tracking and testing data. *Journal of acquired immune deficiency syndromes and human retrovirology : official publication of the International Retrovirology Association* 1995;10:175-6.
  19. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *BMJ* 1992;304:809-13.
  20. Varghese B, Maher JE, Peterman TA, Branson BM, Steketee RW. Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. *Sexually transmitted diseases* 2002;29:38-43.
  21. Bell DM. Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. *The American journal of medicine* 1997;102:9-15.
  22. Leynaert B, Downs AM, de Vincenzi I. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: variability of infectivity throughout the course of infection. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *American journal of epidemiology* 1998;148:88-96.
  23. K M, H G, D C. Enhanced tolerability and adherence using Tenofovir/3TC for non-occupational post-exposure prophylaxis (NPEP). In: XV International AIDS Conference. Bangkok, Thailand; 2004.
  24. K M, M M, D C. Tenofovir-based regimens for non-occupational post-exposure Prophylaxis (NPEP): improved tolerability and adherence compared to AZT-based regimens. In: XVI International AIDS Conference. Toronto, Ontario, Canada.; 2006.
  25. Benn PD, Mercey DE, Brink N, Scott G, Williams IG. Prophylaxis with a

- nevirapine-containing triple regimen after exposure to HIV-1. *Lancet* 2001;357:687-8.
26. Lee LM, Henderson DK. Tolerability of postexposure antiretroviral prophylaxis for occupational exposures to HIV. *Drug safety : an international journal of medical toxicology and drug experience* 2001;24:587-97.
27. Mayer KH, Mimiaga MJ, Gelman M, Grasso C. Raltegravir, tenofovir DF, and emtricitabine for postexposure prophylaxis to prevent the sexual transmission of HIV: safety, tolerability, and adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012;59:354-9.
28. Mayer KH, Mimiaga MJ, Cohen D, et al. Tenofovir DF plus lamivudine or emtricitabine for nonoccupational postexposure prophylaxis (NPEP) in a Boston Community Health Center. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;47:494-9.
29. Luque A, Hulse S, Wang D, et al. Assessment of adverse events associated with antiretroviral regimens for postexposure prophylaxis for occupational and nonoccupational exposures to prevent transmission of human immunodeficiency virus. *Infection control and hospital epidemiology : the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America* 2007;28:695-701.

## 附錄 7-1

**針具服務及替代治療實施辦法**

中華民國九十七年七月二十四日行政院衛生署署授疾字第0九七0000七  
四八號令訂定發布全文十八條

第一條 本辦法依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第九條第一項規定訂定之。

第二條 本辦法所稱同儕教育員，指曾有使用毒品經驗，並經主管機關訓練及核可，藉由其對毒品施用者之同理心與相關施用行為之瞭解，協助執行服務措施之人員。

本辦法所稱外展服務人員，指經主管機關訓練及核可，在社區巡迴執行服務措施之人員。

第三條 為防止病毒傳染，主管機關得提供下列服務措施：

- 一、針具服務：實施針具提供、交換及回收。
- 二、替代治療：實施管制藥品成癮替代治療。

第四條 前條服務措施之實施對象如下：

- 一、針具服務：使用針具施用毒品者。
- 二、替代治療：經精神科專科醫師診斷確為鴉片類成癮，且對美沙冬鹽酸鹽、丁基原啡因鹽酸鹽無不適合使用之狀況者。

第五條 第三條之服務措施，由中央主管機關規劃及推動，並督導地方主管機關辦理，必要時，得提供經費補助。

第六條 醫療機構、醫事檢驗所、藥局及其他民間團體或事業，得經地方主管機關核可後辦理針具服務。核可效期為一年。

地方主管機關設置非營利性針具自動服務機、同儕教育員或外展服務人員負責之社區巡迴處所，得辦理針具服務。

第七條 提供針具服務時，應同時辦理下列服務：

- 一、衛生教育：預防血液傳染病、避免隨意丟棄廢棄針具等。
- 二、服務資訊：轉介進行人類免疫缺乏病毒之檢驗、替代治療、戒毒、醫療、就業等。

三、其他經主管機關核可辦理之事項。

第八條 針具服務處所應張貼地方主管機關核發之識別標誌；針具服務人員於執行職務時，應配戴足資證明身分之證件。

第九條 醫療機構符合下列條件者，得申請指定為替代治療執行機構（以下稱執行機構）：

- 一、醫師、藥師及護理人員各一名以上。
- 二、醫師領有管制藥品使用執照。

前項申請指定之受理機關依毒品危害防制條例、管制藥品管理條例規定為之。

第一項執行機構未能提供臨床心理、職能治療或社會工作等相關服務者，應與中央主管機關指定之藥癮戒治醫院訂定合作契約。

替代治療之執行人員，每年應接受替代治療繼續教育講習八小時以上。

第十條 醫療機構申請指定為執行機構時，應檢具文件如下：

- 一、計畫書，包括醫療團隊組織與人員、預估收案人次、治療照護計畫與流程管理、品質保證措施、實施替代治療之獨立空間及藥品安全儲存空間配置平面圖等。
- 二、管制藥品登記證影本。
- 三、其他經受理機關指定之文件。

經受理機關審查前項之申請文件齊備且符合規定者，得公告指定為執行機構，其效期為三年。

本辦法發布日實施前已核准之執行機構，其效期至本辦法發布生效日起算三年。

申請效期屆滿前六個月，執行機構得重新申請。

第十一條 替代治療之執行方式如下：

- 一、治療藥物應在醫事人員監督下服用。
- 二、治療期間應定期安排治療對象接受心理諮詢、心理治療或輔導及人類免疫缺乏病毒相關衛教，並將輔導情況及病患配合度，列為



下次療程評估參考。

三、治療之給藥方式，應依中央主管機關發布之治療指引，並得依治療對象成癮程度及臨床需要調整給藥劑量。

四、收案及治療紀錄，應包括病史、身心狀況、意願、動機、各項檢查（檢驗）報告、配合度及相關治療評估等事項。

前項第四款之收案與治療紀錄之保管及保存，應符合醫療法有關病歷之規定。

第十二條 治療對象未接受治療連續達十四天者，視為終止治療。但執行機構得考量治療對象之需要，重新開始治療。

治療對象同日逕至不同執行機構接受服務者，執行機構得拒絕提供服務。

第十三條 執行機構及其所屬人員，因職務或執行業務知悉或持有治療對象之秘密者，不得洩漏。

第十四條 執行機構違反第十一條第一項各款規定或違反管制藥品管理規定，情節重大者，主管機關得廢止其指定。

第十五條 主管機關對服務措施執行機構得予查核。

前項之查核，包括書面審查、能力試驗或實地訪查；服務措施執行機構應予配合，不得拒絕、規避或妨礙。

第十六條 服務措施執行機構或人員執行服務措施時，因司法或警察機關查緝，有礙本辦法服務措施之推動者，得報請地方主管機關協助處理。

第十七條 服務措施執行機構及人員著有績效者，主管機關或各目的事業主管機關得予獎勵。

前項獎勵方式，以公開表揚並頒發獎狀、獎章或獎牌方式為之。

第十八條 本辦法自發布日施行。

## 附錄 7-2

**鴉片類物質成癮替代療法作業基準**

中華民國 95 年 3 月 7 日衛署醫字第 0950208926 號公告

中華民國 95 年 11 月 10 日衛署醫字第 0950210219 號修正

一、本基準所稱之鴉片類物質成癮替代療法，係以有效且足夠的鴉片類藥物，取代非法鴉片類物質之使用，以下簡稱為替代療法。

二、符合下列資格之醫療機構，得向中央衛生主管機關申請指定為替代療法執行機構：

(一) 中央衛生主管機關指定藥癮戒治醫院

1. 應有受過藥癮治療相關訓練之團隊，包括精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員至少各一名。
2. 精神科專科醫師應具有管制藥品使用執照。

(二) 其他醫院、診所或衛生所：

1. 應有醫師、藥師及護理人員，至少各一名。
2. 醫師應具有管制藥品使用執照。
3. 不能提供臨床心理、職能治療或社會工作等相關服務者，應與前款中央衛生主管機關指定藥癮戒治醫院訂定合作契約。

第一項第一款第一目及第二款第一目執行替代療法之各類人員，每年應接受替代療法繼續教育講習至少 8 小時。

三、申請施行替代療法業務，應檢具下列各款文件，向中央衛生主管機關申請指定：

- (一) 計畫書，應包括醫療團隊組織與人員，預估收案人次，治療照護計畫與流程管理，品質保證措施，實施替代療法之獨立性空間及藥品安全儲存空間配置平面圖，與矯正機關合作計畫等說明。

- (二) 管制藥品登記證。
- (三) 其他經中央衛生主管機指定之文件。

#### 四、替代療法收案原則如下：

- (一) 經精神科專科醫師診斷符合心理疾病診斷統計手冊第四版 (DSM-IV) 鴉片類成癮 (Opioid dependence) 者，且無不適合使用、或對美沙冬鹽酸鹽 (Methadone HCL)、丁基原啡因鹽酸鹽 (Buprenorphine HCL) 有使用禁忌者。
- (二) 採替代療法個案應簽署行為約定書。未滿二十歲之限制行為能力人，經精神科專科醫師證明以其他方式戒癮無效者，應與其法定代理人共同簽署。未滿二十歲已結婚者，由本人簽署，不須經法定代理人同意。無行為能力人，應由法定代理人代為簽署。

#### 五、替代療法施行原則如下：

- (一) 治療以建立信賴關係，調整用藥劑量治療為主要目標，逐步戒除藥物依賴併同心理治療、協助個案戒癮，或以替代療法藥物維持個案之正常社會生活功能。
- (二) 替代療法藥物以美沙冬鹽酸鹽 (Methadone HCL) 及丁基原啡因鹽酸鹽 (Buprenorphine HCL) 及為主。
- (三) 替代療法藥物應由執行替代療法之醫師處方，並應在醫事人員監督下服用。
- (四) 替代療法以三個月至六個月為一次療程，每次療程結束後須重新接受評估。治療期間，應定期安排個案接受心理治療或輔導，及後天免疫缺乏症候群相關衛教，並將輔導情況及病患配合度，列為下次療程評估參考。
- (五) 採替代療法個案應依需要不定期接受鴉片類、其他毒品尿液篩檢，或人類免疫缺乏病毒 (HIV) 篩檢。

- (六) 收案及治療紀錄應包括：病史、身心狀況、意願、動機、各項檢查（檢驗）報告、個案配合度及相關治療評估等事項。
- (七) 個案如連續兩週未依約接受替代療法，視為終止治療。依個案需要可再開始接受治療。
- (八) 替代療法執行機構及其所屬人員，因職務或執行業務知悉或持有他人秘密之資訊，不得無故洩漏。

#### 六、替代療法藥物用法與用量：

- (一) 美沙冬鹽酸鹽（Methadone HCL）（口服液），每日一次；初次服用休息 2 小時，以後服用休息 5-10 分鐘。初期劑量每日 10-40 毫克（mg），維持劑量以每日 20-120 毫克（mg）為原則，但應視個案成癮程度及臨床需要逐量增減。
- (二) 丁基原啡因鹽酸鹽/哪囉克松（Buprenorphine HCL/ Naloxone）複方（舌下錠），以每日一次方式或每週分次方式給藥；置於舌下，不要吞服，未溶解前儘量不要吞口水，服用後休息 5-10 分鐘；維持劑量以每日 4-16 毫克（mg）（4-16mg Buprenorphine HCL / 1-4mg Naloxone）為原則，但得視成癮程度及實際需要增減。

- 七、經指定辦理替代療法之機構，應每月定期通報個案人次、治療情形等相關資料，以利後續評估及管理。
- 八、醫師及其他人員非依本作業基準使用管制藥品執行替代療法，應依相關規定處罰。
- 九、中央衛生主管機關得檢查替代療法執行機構之業務，或調閱相關紀錄及文件；執行機構及其所屬人員應配合，不得規避、妨礙或拒絕。
- 十、為提升替代療法執行機構服務品質，中央衛生主管機關得辦理訪查。前項訪查，中央衛生主管機關得委託其他法人或團體為之。