

# TB 接觸者就醫轉介單

協助事項：☐接觸者檢查<sup>1</sup>(ICD10：Z20.1)：☐胸部 X 光檢查 ☐IGRA ☐TST  
☐潛伏結核感染治療評估(ICD10：R76.1)：☐胸部 X 光檢查 ☐重複暴露，再次 LTBI 治療評估  
☐未完成潛伏結核感染檢驗/檢驗陽性未完成治療：  
☐第 12 個月胸部 X 光檢查 ☐MDR-TB 接觸者每半年胸部 X 光檢查

| 一、接觸者基本資料：  |  |   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
|---|--|---|------|--------------|---------|--------------------|---|---|--------------------|---|---|--------------------|---|---|
| 基本資料  | 姓名：_____ 管理單位：_____ 終止有效暴露：____年____月____日<br>性別： <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 身分證字號：_____ 出生：____年____月____日<br>卡介苗疤痕： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 免疫不全狀況： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 肝毒性風險族群 <sup>2</sup> ： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：_____<br>結核病症狀： <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 咳嗽 <input type="radio"/> 咳血 <input type="radio"/> 咳痰 <input type="radio"/> 發燒 <input type="radio"/> 胸痛 <input type="radio"/> 食慾差 <input type="radio"/> 體重減輕  |   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
| 胸部 X 光  | 檢查結果：檢查日期____年____月____日<br><input type="checkbox"/> 正常 <sup>3</sup><br><input type="checkbox"/> 疑似肺結核（請依照傳染病防治法第 39 條進行通報）： <input type="checkbox"/> 異常，無空洞 <input type="checkbox"/> 異常，有空洞<br><input type="checkbox"/> 異常無關結核（請繼續追蹤至排除結核病）： <input type="checkbox"/> 肋膜積水 <input type="checkbox"/> 肺浸潤/陰影(支氣管發炎/擴張/浸潤)<br><input type="checkbox"/> 肺炎/發炎/感染 <input type="checkbox"/> 肉芽腫/結節 <input type="checkbox"/> 粟粒狀病灶 <input type="checkbox"/> 肺坍塌 <input type="checkbox"/> 陳舊性肺結核 <input type="checkbox"/> 矽肺病 <input type="checkbox"/> 肺紋增加/粗糙<br><input type="checkbox"/> 肺門擴張 <input type="checkbox"/> 間質增加 <input type="checkbox"/> 纖維化/鈣化/胸(肋膜)增厚 <input type="checkbox"/> 陳舊性發炎 <input type="checkbox"/> 上縱膈腔變/較寬<br><input type="checkbox"/> 異常無關結核，註：_____ |   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
| 接觸者檢查   | <input type="checkbox"/> 5 歲(含)以上接觸者：與指標個案終止有效暴露滿 8 週，以 IGRA 進行檢驗<br>IGRA____年____月____日，結果： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) <input type="radio"/> 不確定(Nil>8)   |   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> 2 歲(含)至未滿 5 歲接觸者：以 IGRA 檢驗為主，無法執行 IGRA 者，得使用 TST<br>1.暴露 8 週內 LTBI 檢驗<br>IGRA____年____月____日，結果： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) <input type="radio"/> 不確定(Nil>8)或<br>TST____年____月____日，結果：_____mm，陽性者於暴露滿 8 週後得再以 IGRA 檢驗<br>2.暴露滿 8 週 LTBI 檢驗(8 週內以 TST 檢驗或 IGRA 陰性者，於暴露滿 8 週後再次進行 IGRA)<br>IGRA____年____月____日，結果： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) <input type="radio"/> 不確定(Nil>8)或<br>TST____年____月____日，結果：_____mm(限 8 週內 TST 陰性，無法執行 IGRA 者)  |   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> 未滿 2 歲接觸者：以 TST 檢驗<br>第 1 次 TST(暴露 8 週內)：____年____月____日，結果：_____mm，陰性者於 8 週後進行第 2 次 TST<br>第 2 次 TST(與第 1 次 TST 間隔滿 8 週)：____年____月____日，結果：_____mm  |   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> 出生 30 日內新生兒(含胎兒時期)暴露之接觸者：無須 TST 檢驗，於排除結核病後，儘速接受預防性治療(prophylaxis)   |   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
| 臨床建議  | 1.接觸者檢查結果建議： <input type="checkbox"/> 繼續追蹤 <input type="checkbox"/> 結核病治療 <input type="checkbox"/> 其他建議：_____<br>2.潛伏結核感染治療評估建議(藥物領取後請先與開立單位聯繫再服用)：<br><input type="checkbox"/> 需進行潛伏結核感染治療(Treatment of LTBI)：<br><input type="checkbox"/> 1HP <input type="checkbox"/> 3HP <input type="checkbox"/> 4R <input type="checkbox"/> 3HR <input type="checkbox"/> 6H <input type="checkbox"/> 9H <input type="checkbox"/> 6FQ <input type="checkbox"/> 9FQ (FQ 處方限 MDR-TB 個案接觸者開立)<br><input type="checkbox"/> 進行預防性治療(prophylaxis)<br><input type="checkbox"/> 家屬(本人)拒絕<br><input type="checkbox"/> 醫師決定暫不進行治療： <input type="checkbox"/> 肝功能檢查值過高 <input type="checkbox"/> 擔心藥物交互作用 <input type="checkbox"/> 其他_____<br>院所名稱：_____ 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： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 來自結核病高盛行區： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><table border="0"> <tr> <td>採檢日期</td> <td>痰塗片(NAAT 檢驗)</td> <td>痰培養(鑑定)</td> </tr> <tr> <td>第一套____年____月____日</td> <td><input type="checkbox"/>陰性<input type="checkbox"/>陽性(____)<input type="checkbox"/>已驗未出</td> <td><input type="checkbox"/>陰性<input type="checkbox"/>陽性(____)<input type="checkbox"/>已驗未出</td> </tr> <tr> <td>第二套____年____月____日</td> <td><input type="checkbox"/>陰性<input type="checkbox"/>陽性(____)<input type="checkbox"/>已驗未出</td> <td><input type="checkbox"/>陰性<input type="checkbox"/>陽性(____)<input type="checkbox"/>已驗未出</td> </tr> <tr> <td>第三套____年____月____日</td> <td><input type="checkbox"/>陰性<input type="checkbox"/>陽性(____)<input type="checkbox"/>已驗未出</td> <td><input type="checkbox"/>陰性<input type="checkbox"/>陽性(____)<input type="checkbox"/>已驗未出</td> </tr> </table> 胸部 X 光檢查結果：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 有空洞 <input type="checkbox"/> 無空洞 單純肺外： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>抗結核藥物 <input type="checkbox"/> 已用：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 未用 抗藥性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RMP <input type="checkbox"/> FQ |  |   | 採檢日期 | 痰塗片(NAAT 檢驗) | 痰培養(鑑定) | 第一套____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 | 第二套____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 | 第三套____年____月____日 | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 |
| 採檢日期  | 痰塗片(NAAT 檢驗)   | 痰培養(鑑定)   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
| 第一套____年____月____日  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
| 第二套____年____月____日  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
| 第三套____年____月____日  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出  | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性(____) <input type="checkbox"/> 已驗未出 |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |
| 開立單位：_____ 日期：____年____月____日<br>連絡人：_____ 連絡電話：_____<br>1.接觸者檢查(胸部 X 光檢查、IGRA 抽血檢驗、TST 施針)及後續回診看報告(胸部 X 光報告、IGRA 檢驗報告、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。<br>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 個月婦女為肝毒性風險族群，須於治療前先檢查肝功能。<br>3.檢查結果正常者，倘日後出現異常呼吸症狀或咳嗽超過 2 週，仍應儘速就醫檢查，並告知醫師接觸史。   |  |   |      |              |         |                    |   |   |                    |   |   |                    |   |   |