

基隆市衛生局 函

地址：基隆市信義區信二路266號
承辦人：陳佩姍
電子信箱：joshua@mail.klcg.gov.tw
電話：0224230181#1413

202
基隆市中正區信四路11號六樓

受文者：基隆市醫師公會

發文日期：中華民國113年3月19日

發文字號：基衛疾壹字第1130102466B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：M痘、桿菌性痢疾及阿米巴性痢疾之NIDRS系統介面「愛滋病毒篩檢情形」欄位圖示1份如附件

主旨：有關傳染病通報系統(以下簡稱NIDRS系統)通報M痘、桿菌性痢疾及阿米巴性痢疾個案需維護之資料，自113年3月14日晚上6時起增列「愛滋病毒篩檢情形」資訊欄位，惠請貴公會協助轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署(下稱疾病管制署)113年3月12日疾管慢字第1130300226號函辦理。
- 二、鑒於M痘、桿菌性痢疾及阿米巴性痢疾等傳染患者亦為愛滋病毒感染(下稱HIV)之風險族群，為能及早發現感染HIV個案，及早介入提供治療與後續照護服務，如遇有M痘、桿菌性痢疾及阿米巴性痢疾患者就醫時，請比照現行NIDRS系統之梅毒、淋病及急性病毒性A、B、C型肝炎通報個案，及時提供個案進行HIV檢驗服務，並請於通報時填報HIV篩檢情形及HIV篩檢日期等資料(NIDRS系統介面詳如附件)，並請配合增修或調整醫療資訊相關系統程式等事宜。
- 三、有關前揭HIV檢驗費用，可由疾病管制署推動之「性傳染病及藥癮病患全面篩檢愛滋病毒計畫(B1計畫)」支付，該計畫篩檢愛滋病毒之費用，係委由中央健康保險署代收代付，由疾病管制署實支實付，不影響醫療院所健保總額。該計畫篩檢對象為男性不限年齡及65歲以下女性，經醫師診斷感染性傳染病患者(包含：梅毒、淋病、M痘、生殖器疱疹、尖形濕疣、披衣菌、陰蝨、龜頭炎、非淋菌性尿道炎(限男性患者)、其他性病、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾、急性病毒性A、B、C型肝炎及非法物質濫用者(藥癮病患))，經醫師臨床判斷有感染愛滋病毒風險者，可提供HIV檢驗服務；另，如經臨床醫師專業評估，病患有執行HIV檢驗之必要性，於符合健保給付規範原則下，亦可申

- 請健保給付方式，提供病患HIV檢驗服務。
- 四、另針對梅毒、淋病、急性病毒性A、B、C型肝炎、M痘、桿菌性痢疾及阿米巴性痢疾患者等法定傳染病通報個案，如醫療院所未完成HIV檢驗，請持續追蹤並完成該等個案HIV篩檢服務，以及早發現HIV感染個案，並提供轉介與治療服務。

正本：基隆市醫師公會

副本：基隆市衛生局疾病管制科



局長張賢政

裝

訂

線

NIDRS 介面-M 痘、桿菌性痢疾、阿米巴性痢疾之「愛滋病毒篩檢情形」欄位圖示

M 痘

通報疾病：M 痘

相關日期

發病日期*

年/月/日

無發病日

診斷日期* 必填欄位

年/月/日

報告日期* 必填欄位

年/月/日

衛生局收到日* 必填欄位

年/月/日

臨床症狀

有無症狀* 有 無

流行病學資料

職業* 必填欄位

請選擇

詳細職業身分說明

輸入內容

旅遊史* 有 無

接觸史

動物接觸史 有 無

與穩定/極可能/可能病例曾有接觸或器具共同感染源

具血液液接觸

具實驗室暴露史

曾食用受污染的水或食物

畜欄型

個案狀況維護與補充資料

是否進行愛滋病毒篩檢 是 否 篩檢日期* 年/月/日

備註 輸入內容，限250字

個案狀況維護與補充資料

是否進行愛滋病毒篩檢 是 否 篩檢日期* 年/月/日

桿菌性痢疾

通報疾病：桿菌性痢疾

相關日期

發病日期*

年/月/日

無發病日

診斷日期* 必填欄位

年/月/日

報告日期* 必填欄位

年/月/日

衛生局收到日* 必填欄位

年/月/日

臨床症狀

有無症狀* 有 無

通報時檢驗資料

方法	病原體檢驗方法	發檢日	檢驗種類	檢出病原體名稱	檢出病原體種類	備註
方法一	請選擇	年/月/日	請選擇	請選擇	請選擇	檢出內容
方法二	請選擇	年/月/日	請選擇	請選擇	請選擇	檢出內容
方法三	請選擇	年/月/日	請選擇	請選擇	請選擇	檢出內容

流行病學資料

職業* 必填欄位

請選擇

詳細職業身分說明

輸入內容

旅遊史* 有 無

接觸史

動物接觸史 有 無

- 與確定/極可能/可能病例曾同宿或同食或同飲
- 與血液接觸
- 與糞便接觸
- 曾食用受污染的水或食物
- 其他

個案狀況維護與補充資料

是否進行愛滋病毒篩檢 是 否 篩檢日期* 年/月/日

個案狀況維護與補充資料

是否進行愛滋病毒篩檢 是 否 篩檢日期* 年/月/日

備註 輸入內容 (限250字)

阿米巴性痢疾

通報疾病：阿米巴性痢疾

相關日期

發病日期*

年/月/日

無發病日

診斷日期* 必填欄位

年/月/日

報告日期* 必填欄位

年/月/日

衛生局收到日* 必填欄位

年/月/日

臨床症狀

有無症狀* 有 無

通報時檢驗資料

- 糞便鏡檢發現疑似痢疾阿米巴
- 組織病理切片檢查發現痢疾阿米巴活動體
- 研判病理專科醫生 輸入內碼
- 二次血清學檢查顯示痢疾阿米巴抗體效價升高

抗體效價

第一次

輸入數字

檢測日期

年/月/日

檢驗方式

輸入內碼

第二次

輸入數字

年/月/日

輸入內碼

- 超音波或電腦斷層診斷為肝膿瘍，且血清學檢查顯示慢性之痢疾阿米巴抗體者

抗體效價 輸入數字

檢驗方法 輸入內碼

- 其他醫院檢查結果，原因 輸入內碼

流行病學資料

職業* 必填欄位

請選擇

詳細職業身分說明

請輸入碼

旅遊史* 有 無

接觸史

動物接觸史 有 無

- 與確切/極可能/可能病例曾有接觸或暴露共同暴露源
- 具血液接觸
- 具實驗室暴露史
- 曾食用受污染的水或食物
- 其他原因

個案狀況維護與補充資料

是否進行愛滋病毒篩檢 是 否 篩檢日期* 年/月/日

個案狀況維護與補充資料

是否進行愛滋病毒篩檢 是 否 篩檢日期* 年/月/日