

**壹、依據：疾病管制署傳染病病例定義訂定****一、登革熱病例定義：**

突發發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 並伴隨下列任二(含)項以上症狀

- (一) 頭痛/後眼窩痛/肌肉痛/關節痛/骨頭痛
- (二) 出疹
- (三) 白血球減少 (leukopenia)
- (四) 噁心/嘔吐
- (五) 血壓帶試驗陽性
- (六) 任一警示徵象：
  1. 腹部疼痛及壓痛
  2. 持續性嘔吐
  3. 臨床上體液蓄積 (腹水、胸水…)
  4. 黏膜出血
  5. 嗜睡/躁動不安
  6. 肝臟腫大超出肋骨下緣 2 公分
  7. 血比容增加伴隨血小板急速下降

**二、流行病學定義：**

具有下列任一個條件：

- (一) 住家或活動範圍附近有登革熱陽性病例。
- (二) 有登革熱流行地區相關旅遊史。

**貳、登革熱為第二類法定傳染病，發現疑似個案應於 24 小時內通報。****參、公費 NS1 快篩試劑使用原則：**

一、快篩試劑之使用對象：經醫師評估後，符合下列任一條件：

- (一) 登革熱病例定義且發病 7 天內。
- (二) 符合流行病學定義，且出現發燒、頭痛、後眼窩痛、肌肉痛、關節痛、骨頭痛等任一症狀。

二、向本局申請為登革熱快篩合約醫院診所，由本局提供 NS1 快篩試劑，不得向中央健康保險署再行費用申請及核付。

三、NS1 快篩試劑之使用

- (一) 醫院：使用本局撥配之 NS1 快篩試劑，不論快篩檢驗結果為陽性或陰性，請逕上「傳染病個案通報系統」進行通報、
- (二) 基層診所：使用本局撥配之 NS1 快篩試劑，均須以「**傳染病個案(含疑似病例)報告單**」進行個案通報，且不論快篩檢驗結果為陽性或陰性，都必須將結果填寫於**個案報告單**並填寫診斷症狀與警示徵狀。(如附件二-1)

1. 使用快篩檢驗試劑時，以**不含抗凝血劑之採血管**，採集 5CC 全血，再以拋棄式滴管取出血液檢體，滴 3 滴檢體到快篩試劑檢體孔，靜置 15-20 分鐘，觀察檢驗結果。**(如附件二-2)**
2. 採血管，直立靜置 30 分鐘待血液凝集，上清液即為血清檢體；「血清」檢體則不論檢驗結果為陽性或陰性，都應依疾病管制署傳染病個案檢體採檢送驗相關規定**(如附件二-3)**，送轄區衛生所轉送本局送驗。

四、快篩檢驗結果請由醫院、診所告知受檢驗對象。

五、填寫「**宜蘭縣登革熱NS1快篩試劑使用登記表**」(如附件二-4)

## 六、通報作業流程

**(一)各級醫院：**請逕至「**傳染病個案通報系統**」進行通報，並將快篩結果、診斷症狀及警示徵象登錄，另依傳染病個案檢體採檢手冊之規定運送檢體至本局，並填寫「**宜蘭縣登革熱NS1快篩試劑使用登記表**」(如附件二-4)。

### **(二)基層診所**

1、填寫「**傳染病個案(含疑似病例)報告單**」(附件二-1)，**傳真至衛生局(傳真電話：935-6067，並以電話 9357011 與衛生局確認。**

2.、紙本傳真通報注意事項：

(1)紙本通報單每個欄位皆須填寫**完整**，以利衛生局鍵入法定傳染病系統之相應欄位。

(2)通報與確認時間

週一~週五      上午8時至下午5時

業務窗口：林音孜小姐    932-2634分機1204

週六~週日 或國定假日

業務窗口：疾管科值班人員    932-2634或 935-7011

(3)檢體包裝：如附件二-3

**採檢相關事項請參照「疾管署傳染病檢體採檢手冊第4.0版」。**

下載路徑：疾病管制署網頁專頁版首頁>通報與檢驗>檢驗資訊>檢體採檢>傳染病檢體採檢手冊第4.0版。

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

107/03/01

一式二聯：第一聯衛生局留存

醫院資料	醫院/診所	院所代碼										電話
	診斷醫師	院所地址	縣 鄉鎮 街 段 號 市 市區 路 巷									
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 居留口外籍勞工口外籍人士 身分口大陸人士口外籍配偶 口大陸配偶口未知		電話	公	家	手	婚	姻	狀	況	<input type="checkbox"/> 未婚口已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶口離婚 <input type="checkbox"/> 分居口未知
		居住所	縣 鄉鎮 村 街 段 弄 樓 市 市區 里 路 巷 號 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 期間 年 月 日 至 年 月 日						
	主要症狀/相關疫苗接種史	診斷日期		年 月 日		住院情況 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 轉院 日期 年 月 日 轉至 院所						
	報告日期	年 月 日	衛生局收到日	年 月 日	疾病管制署收到日	年 月 日	檢體採檢 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 死亡日期 年 月 日					
3 疾病資料	第一類傳染病： <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			第三類傳染病 <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"/> 先天性梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 新生兒破傷風 <input type="checkbox"/> 漢生病 <input type="checkbox"/> 腸病毒感染症併發重症 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：			第四類傳染病： <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"/> 李斯特菌症 <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"/> 流感併發重症 <input type="checkbox"/> 布氏桿菌病 <input type="checkbox"/> 庫賈氏病  第五類傳染病： <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"/> 伊波拉病毒感染症 <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"/> 茲卡病毒感染症  <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：											

※ 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，棕色者為2小時內通報，黑色者為一週內通報。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。

以下為衛生單位填寫

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

NS1 快篩結果：陽性 陰性

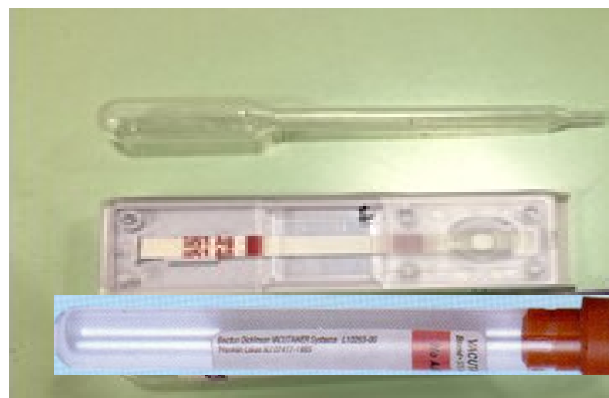
診斷症狀及警示徵象：

醫師簽名：\_\_\_\_\_

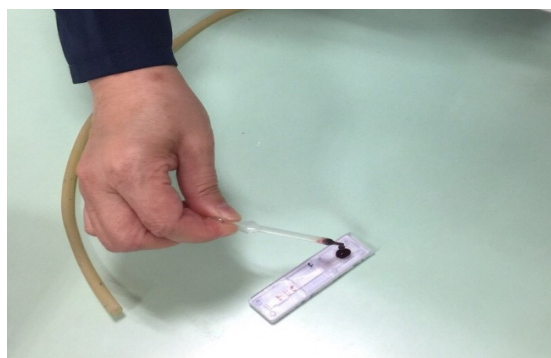
試劑使用說明：



步驟一：備妥試劑及生化採血器



步驟二：以生化管抽血 5cc，取出快篩試劑



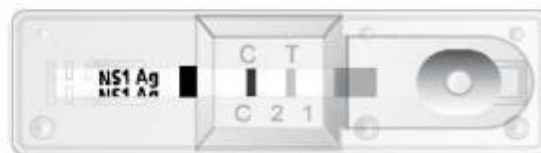
步驟三：以拋棄式滴管取出血液滴於試劑檢驗孔內，等待 15-20 分後看結果

步驟四：查看快篩結果

陰性結果：結果視窗中只有 C 的位置出現一條有顏色的線。



陽性結果：結果視窗中出現兩條有顏色的線（“T”線與“C”線），不論哪條線先出現，都是陽性結果。



無效結果：檢驗進行後，結果視窗看不到任何色帶，此為無效結果。可能原因為操作未正確遵照產品說明書，或檢驗器材品質惡化了。建議重新檢驗該檢體。

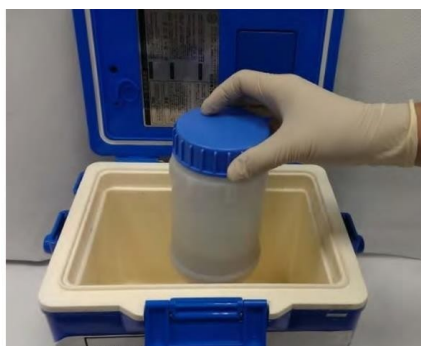


## 個案檢體包裝方式

附件二-3



將採好的血清檢體以夾鏈袋裝好，放至 B 罐中



將 B 罐放入運送箱，四周放置冰寶，以固定檢體，蓋上保麗龍片以保持運送箱之冷度



放入送驗單、蓋上蓋子並以彈性束帶將檢體運送箱束好再運送至衛生所

※1、衛生所上班時間：1.星期一~五 上午 8:00-12:00、下午 13:00-17:00

2.假日請先電話聯繫 9322634 或 9357011 轉疾管科值班人員

※2、血清檢體應儲存於冰箱，於若為夜間採檢，請於次日儘早送至衛生所。+++

## 宜蘭縣登革熱 NS1 快篩試劑使用登記表

醫療院所名稱: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

編號	姓名*	性別*	身分證字號*	出生年月日* (YY/MM/DD)	就醫日期* (YY/MM/DD)	快篩結果*	備註	
							是否為外籍人士	旅遊史
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，國籍_____	
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，國籍_____	
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，國籍_____	
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，國籍_____	
5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，國籍_____	

上次結存: \_\_\_\_\_

本次領取日期: \_\_\_\_\_ 本次領取數量: \_\_\_\_\_

結存總數量: \_\_\_\_\_

填表人: \_\_\_\_\_

備註: 1. 本表欄位標有「\*」者為必填欄位，備註欄位儘可能填寫。

2. 試劑如不敷使用時(原則上剩1支時)，請先以電話通知本局登革熱承辦人，再以本登記表換取試劑。