彰化縣人口密集機構(老人福利機構及護理之家)結核病評鑑表

機構名稱：_____　　日期：_____

編號	指標內容	參照標準	評分標準	評鑑結果	備註
1	住民及員工列冊	提供住民及員工名冊	0 不符合 1 符合		
2	住民胸部 X 光檢查	住民每年接受胸部 x 光檢查 1 年 1 次(含新進住民)	0 不符合 1 符合		
		檢查結果需由胸腔專科醫師或放射專科醫師判讀，並有完整紀錄檢查報告	0 不符合 1 符合		需檢附胸腔專科或放射專科醫師專科證號
		胸部 X 光異常者應進行驗痰，含痰塗片及痰培養	0 不符合 1 符合		
3	員工胸部 X 光檢查	員工每年接受胸部 x 光檢查 1 年 1 次(含新進住民)	0 不符合 1 符合		
		檢查結果需由胸腔專科醫師或放射專科醫師判讀，並有完整紀錄檢查報告	0 不符合 1 符合		需檢附胸腔專科或放射專科醫師專科證號
		胸部 X 光異常者應進行驗痰，含痰塗片及痰培養	0 不符合 1 符合		
4	通報	若機構內有結核病個案，於 3 天內以傳真方式通報當地衛生所及衛生局	0 不符合 1 符合		疑似群聚定義：一年內通報 2 名結核病個案
5	配合度	配合胸部 X 光片子抽檢	0 不符合 1 符合		片子照射不良，需重照
		配合衛生單位接觸者檢查及疫情調查	0 不符合 1 符合		
是否符合					

備註：本局於每年 12 月 25 日前將此評鑑結果提供社會處及本局長期照護科

彰化縣人口密集機構結核病個案通報單

機構名稱	
機構住址	
聯絡電話	
聯絡人	
通報日期	

個案資料

基本資料	個案 1	個案 2	個案 3
姓名			
身分證字號			
出生年月日			
入住機構日期			
房號			
通報原因/日期	□因症就醫 □接檢/例行 CXR 日期：	□因症就醫 □接檢/例行 CXR 日期：	□因症就醫 □接檢/例行 CXR 日期：

彰化縣衛生局　聯絡人：結核病承辦人
電話：04-7115141-105、106
傳真：04-7125156