台北捐血中心

疑似輸血感染調查申請單

案件編號: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填報醫院: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 科別: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 填報日期: \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

填報人員(單位/職稱/姓名): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 填報人員電話: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

收案日期: \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_

一、醫療單位

　　貴院感染控制小組審查意見：(未經感染控制小組審查之案件，本會無法受理)

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

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

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

註：輸用篩檢合格的血品導致輸血感染HBV及HCV的風險極低。以HCV感染為例，輸血感染的機率約1/1,000,000次，內視鏡檢查的感染機率7/1,000次，針扎事件的感染機率0.05~1/100次，洗腎病人的感染機率1~4/100人年。

二、受血者

　　姓名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身分證字號:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性別:\_\_\_\_ 出生日期:\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

本次入院診斷:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 診斷日期:\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

　　疑似輸血感染之病原: □HBV □HCV □細菌 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

受血者為健康照顧工作者或實驗室工作人員? □否 □是 □不知道

若是，於輸血前後3個月內暴露受感染之血液? □否 □是 □不知道

受血者同住所中，有其他家人感染相同病原? □否 □是 □不知道

受血者於輸血前後3個月內有以下任一情形?

穿洞、刺青、針灸、換性伴侶、共用針頭/牙刷/刮鬍刀 □否 □是 □不知道

以下任一填「是」者，請後續詳填「六、其他說明」

受血者為洗腎病人? □否 □是 □不知道

受血者在輸血前後3個月內曾接受侵入性檢查或治療? □否 □是 □不知道

受血者在輸血前後3個月內曾接受內視鏡檢查? □否 □是 □不知道

受血者在輸血前後3個月內曾接受免疫抑制劑或化學治療? □否 □是 □不知道

貴院仍保留受血者輸血前檢體? □否 □是

若受血者接受免疫抑制劑或化學治療，貴院仍保留治療前檢體? □否 □是

三、輸血歷史(請填與此調查相關的輸血史)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 輸血日期 | 血袋號碼/血品 | 血袋號碼/血品 | 血袋號碼/血品 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

四、實驗室檢查

(一) HBV、HCV檢查

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 輸血前(最接近一次) | | | | 輸血後 | | | |
| 檢查項目 | 日期 | 方法 | 結果  (含讀值) | 檢查項目 | 日期 | 方法 | 結果  (含讀值) |
| HBsAg |  |  |  | HBsAg |  |  |  |
| HBV DNA |  |  |  | HBV DNA |  |  |  |
| Anti-HCV |  |  |  | Anti-HCV |  |  |  |
| HCV RNA |  |  |  | HCV RNA |  |  |  |

註：申請調查HBV或HCV感染者，需含血清學及病毒核酸檢測結果。

(二)其他檢查

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 檢查項目 | 輸血前(最接近一次) | | | 輸血後 | | |
| 日期 | 方法\* | 結果  (含讀值) | 日期 | 方法\* | 結果  (含讀值) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

五、臨床紀錄(請說明感染症狀與輸血之時間關係):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

六、其他說明(請說明住院後侵入性檢查及治療項目及時間):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

註一、疑似輸血後HIV感染，本會僅配合衛生主管機關進行調查，不接受醫院申請調查。

註二、對於接受免疫抑制劑、化學製劑治療之病人，應提供病人治療前之檢驗結果，且輸血前應保留ㄧ份血液檢體，以利輸血後疑似感染鑑定。

註三、本表單如欄位不足，請自行複製使用。

註四、本表單涉及受血者個資，通報過程請以密件處理。

註五、送件後請於工作日來電捐血中心醫務組，確認是否收件。

註六、本表單灰色區塊由捐血中心填寫。 主治醫師:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 科別:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

註七、請於案件送審時保留受血者一份血液檢體，以備後續調查之需要。

|  |
| --- |
| □資料齊全，案件受理 審查人員: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □資料不全，請補件 日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 |

表SP-D0-088-6.1-007（保存10年）

發現疑似輸血感染處理流程圖

發現疑似輸血感染個案

先通報捐血中心

以利管制捐血人及血品

貴院繼續調查病人之可能感染源，並填寫「疑似輸血感染調查申請單」

填寫完成之

「疑似輸血感染調查申請單」

交捐血中心

捐血中心收案進行

輸血感染調查