

### 健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)										
姓名					身分證統一編號					
					統一證號 (外籍)					
出生日期	年 月 日		聯絡資訊		電話：( )					
	年齡： 歲				手機：					
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□									
	縣	市	鄉	村	路	段	巷	號		
	市	區	鎮	里	街		弄	樓		
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)										
醫院名稱					醫事機構代碼					
攝影日期	年 月 日		攝影判讀日期		年 月 日					
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)				<input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施					
	追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)									
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (負責複檢之醫療院所填寫)										
複檢醫院名稱					醫事機構代碼					
複檢日期	年 月 日									
複檢主治醫師姓名										
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 乳房磁共振造影檢查； <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：				該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。 <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。					
	乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (負責確診或治療之醫療院所填寫)									
確診醫院名稱					醫事機構代碼					
確診日期	年 月 日		確定診斷		<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。					
確診主治醫師姓名										
確診方式 (可複選)	病理診斷 <input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查				臨床診斷 <input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他： 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現-須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。					
	手術 <input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 ____年____月____日； 手術醫院名稱：____ 醫事機構代碼：____，主治醫師：____。									
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)				分級 (Grade)					
					<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma) <input type="checkbox"/> 其他惡性腫瘤(非乳腺癌)					
	腫瘤大小 (Size)				× × cm					
	局部淋巴結 (Regional LN)				/ (Positive nodes/Total nodes)					
病理分期 (Pathological Stage)				T: N: M: S:						
癌症治療 (可複選)	有進行 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療、 <input type="checkbox"/> 免疫治療 治療日期：____年____月____日； 治療醫院名稱：____，醫事機構代碼：____，主治醫師：____。								<input type="checkbox"/> 未治療	
	<input type="checkbox"/> 個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位：(縣/市) 衛生所；追蹤人員姓名：____，追蹤日期：年 月 日。									

## 健康署婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)			
姓名		身分證統一編號	
		統一證號 (外籍)	
出生日期	年 月 日 年齡： 歲	聯絡資訊	電話：( ) 手機：
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□ 縣 市 鄉 村 路 段 巷 號 市 區 鎮 里 街 弄 樓		
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)			
醫院名稱		醫事機構代碼	
攝影日期	年 月 日	攝影判讀日期	年 月 日
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月) <input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施		
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)			
乳房 X 光攝影檢查結果為 (Category 0、3) 之複檢結果 (負責複檢之醫療院所填寫)			
複檢醫院名稱		醫事機構代碼	
複檢日期	年 月 日		
複檢主治醫師姓名			
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； 該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> 其他複檢方式； <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。 <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。		
乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (負責確診或治療之醫療院所填寫)			
確診醫院名稱		醫事機構代碼	
確診日期	年 月 日	確定診斷	<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。
確診主治醫師姓名			
確診方式 (可複選)	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查	
	臨床診斷	<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他： 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查 (六至十二個月)。	
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他 (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 年 月 日； 手術醫院名稱： 醫事機構代碼： ，主治醫師： 。		
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)	<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma) <input type="checkbox"/> 其他惡性腫瘤 (非乳腺癌)	
	腫瘤大小 (Size)	× × cm	
	局部淋巴結 (Regional LN)	/ (Positive nodes/Total nodes)	
	病理分期 (Pathological Stage)	T: N: M: S:	
癌症治療 (可複選)	有進行 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療、 <input type="checkbox"/> 免疫治療 治療日期： 年 月 日； 治療醫院名稱： ，醫事機構代碼： ，主治醫師：		<input type="checkbox"/> 未治療
<input type="checkbox"/> 個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位： (縣/市) 衛生所；追蹤人員姓名： ，追蹤日期： 年 月 日。			