

健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」陽性個案追蹤表

115 年 1 月

採檢單位名稱：_____，醫事機構代碼：_____

檢驗單位名稱：_____，醫事機構代碼：_____

姓名：_____，身分證字號：_____

聯絡電話：() _____，手機：_____

門診日期：____年____月____日

(檢測失效再次檢測門診日期____年____月____日)

轉介/轉診

提供轉介/轉診日期：____年____月____日；轉介/轉診醫事服務機構：_____，科別：_____

醫療處置資料 胃鏡/除菌藥物治療其一有執行才可填寫醫療處置資料**除菌藥物治療：***有無給藥：☐有 ☐無，原因_____支付方式：☐健保醫療給付 ☐自費 ☐其他：_____開立藥物單位：☐原檢測單位 ☐其他_____

開立日期：____年____月____日

開立天數：☐10 天 ☐14 天 ☐其他，_____天開立除菌藥物項目：☐三合一：PPI 加兩種抗生素☐四合一：PPI 加三種抗生素（有 bismuth）☐四合一：PPI 加三種抗生素（無 bismuth）☐二合一：高劑量 PPI 及高劑量 amoxicillin ☐其他_____給藥單位：☐原檢測單位 ☐其他_____（醫事機構代碼）

實際服藥日期：____年____月____日，

是否確實服藥：☐0.是，☐1.否，實際服藥天數_____天，原因_____。

（備註：確實服藥定義—服藥天數大於開立天數*0.8，例：10 天藥物至少要吃到 8 天，14 天藥物至少要吃到 12 天）

請依據個案是否有下列副作用情形勾選：

副作用	1.皮膚過敏			2.腸胃道				3.腹			4.頭		5.其他
	紅疹	癢	其他	噁心	嘔吐	胃痛	胃口差	腹痛	腹瀉	脹氣	痛	暈	
服藥後前 5 或 7 日													
服藥後後 5 或 7 日													

胃鏡：有無胃鏡：☐有 ☐無，原因_____

鏡檢醫事機構代碼：_____；科別：_____

鏡檢日期：____年____月____日，

鏡檢結果：☐未發現異常 ☐胃炎 ☐胃潰瘍 ☐十二指腸潰瘍 ☐胃食道逆流 ☐胃息肉 ☐胃腫瘤☐胃癌 ☐黏膜下腫瘤 ☐其他：_____（可複選）**追蹤關懷紀錄**第 1 次追蹤日期：____年____月____日，追蹤方式：☐面訪☐電訪☐郵寄☐電子郵件☐其他_____**不願接受進一步檢查或治療理由：**☐01. 已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ ☐02. 拒絕胃鏡 ☐03. 拒絕服藥治療☐04. 拒絕手術或其他治療☐05. 無法聯繫 ☐06. 其他_____第 2 次追蹤日期：____年____月____日，追蹤方式：☐面訪☐電訪☐郵寄☐電子郵件☐其他_____**不願接受進一步檢查或治療理由：**☐01. 已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ ☐02. 拒絕胃鏡 ☐03. 拒絕服藥治療☐04. 拒絕手術或其他治療☐05. 無法聯繫 ☐06. 其他_____第 3 次追蹤日期：____年____月____日，追蹤方式：☐面訪☐電訪☐郵寄☐電子郵件☐其他_____**不願接受進一步檢查或治療理由：**☐01. 已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ ☐02. 拒絕胃鏡 ☐03. 拒絕服藥治療☐04. 拒絕手術或其他治療☐05. 無法聯繫 ☐06. 其他_____

備註：

※如不願接受進一步檢查或治療理由為 01. 已自行至醫院就診，可結案；如為 02 至 06，請於適當間隔進行追蹤並填具 3 次追蹤關懷紀錄。

※如完成醫療處置資料及/或追蹤關懷紀錄，並核付本項預防保健服務費用，本表資料不得修改。

※本表由採檢單位上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。