

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：張容甄
電話：04-25265394分機3160
電子信箱：hbtcm00308@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國111年3月7日

發文字號：中市衛保字第1110026460號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (387140000I_1110026460_ATTACH1.pdf、

387140000I_1110026460_ATTACH2.pdf、387140000I_1110026460_ATTACH3.pdf)

主旨：檢送衛生福利部國民健康署修正之「疑似電子煙相關肺傷害個案報告單」(附件1)及「疑似電子煙相關肺傷害個案處置參考流程」(附件2)，請貴單位惠予轉知所醫事人員配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署111年2月25日國健教字第1110760165號函辦理。
- 二、為取得個案所使用之電子煙油以利送驗及了解取得來源，經檢視機構實際填寫報告單情形，爰修正旨揭報告單。請轉知醫師於詢問病人吸菸史時，納入是否使用電子煙或加熱菸等新類型產品，並記錄於病歷上，期有助於發現及通報疑似個案。
- 三、旨揭資訊，可逕至本局網站/醫療院所交流平台/保健科下載。

正本：臺中市醫院、社團法人臺中市大臺中醫師公會、社團法人臺中市醫師公會、台中市診所協會、臺中市台中都診所協會、社團法人臺中市大臺中診所協會、臺中市各區衛生所

電子
文
騎

8

副本：衛生福利部國民健康署、本局保健科



裝



線



衛生福利部國民健康署 函

地址：103205 臺北市大同區塔城街36號
聯絡人：何先生
聯絡電話：02-25220888 分機：615
傳真：02-25220621
電子郵件：ycjericho@hpa.gov.tw

受文者：臺中市政府衛生局

發文日期：中華民國111年2月25日

發文字號：國健教字第1110760165號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：疑似電子煙相關肺傷害個案報告單1份 (A21040000I_1110760165_doc3_Attach1.pdf)

主旨：檢送修正之「疑似電子煙相關肺傷害個案報告單」（如附件），惠請轉知轄內醫療機構及所屬醫師會員知悉，請查照。

說明：

一、為取得個案所使用之電子煙油以利送驗及了解取得來源，經檢視機構實際填寫報告單情形，爰修正旨揭報告單，修正摘要如下：

(一)第12欄位「使用電子煙產品（煙油）」，新增提醒文字「請儘可能協助向個案取得其使用之煙油，交國民健康署送驗；如未能取得，也請儘可能請個案告知來源。」。

(二)第13欄位「電子煙使用史」，將「使用歷史：_年_月」修正為「使用歷史：自_年_月至_年_月」。

(三)第14欄位「有無使用紙菸」，將「曾使用已於_停止」修正為「曾使用，已於_年_月停止」；將「仍使用中，已使用_年」修正為「仍使用中，自_年_月迄今」。

保健科 收文:111/03/01



141110024299 有附件

二、有關修正之「疑似電子煙相關肺傷害個案報告單」，與電子煙之危害宣導資料放置於本署官網「電子煙防制專區」(<https://reurl.cc/90DpKn>)。

三、請轉知醫師於詢問病人吸菸史時，納入是否使用電子煙或加熱菸等新類型產品，並記錄於病歷上，期有助於發現及通報疑似個案。

正本：地方政府衛生局、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、臺灣兒科醫學會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國基層醫療協會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會

副本：

裝

訂

線

07

疑似電子煙相關肺傷害個案報告單

製表日期：109年2月19日

修正日期：111年2月25日

本人_____同意貴機構醫師蒐集A 或B 項之資料，並傳送至衛生福利部國民健康署為必要之處處理與利用：

A、下列報告單內各欄位之資料

B、下列報告單內勾選欄位之資料，共_____項

(未成年人之法定代理人簽名：_____身分證字號：_____)

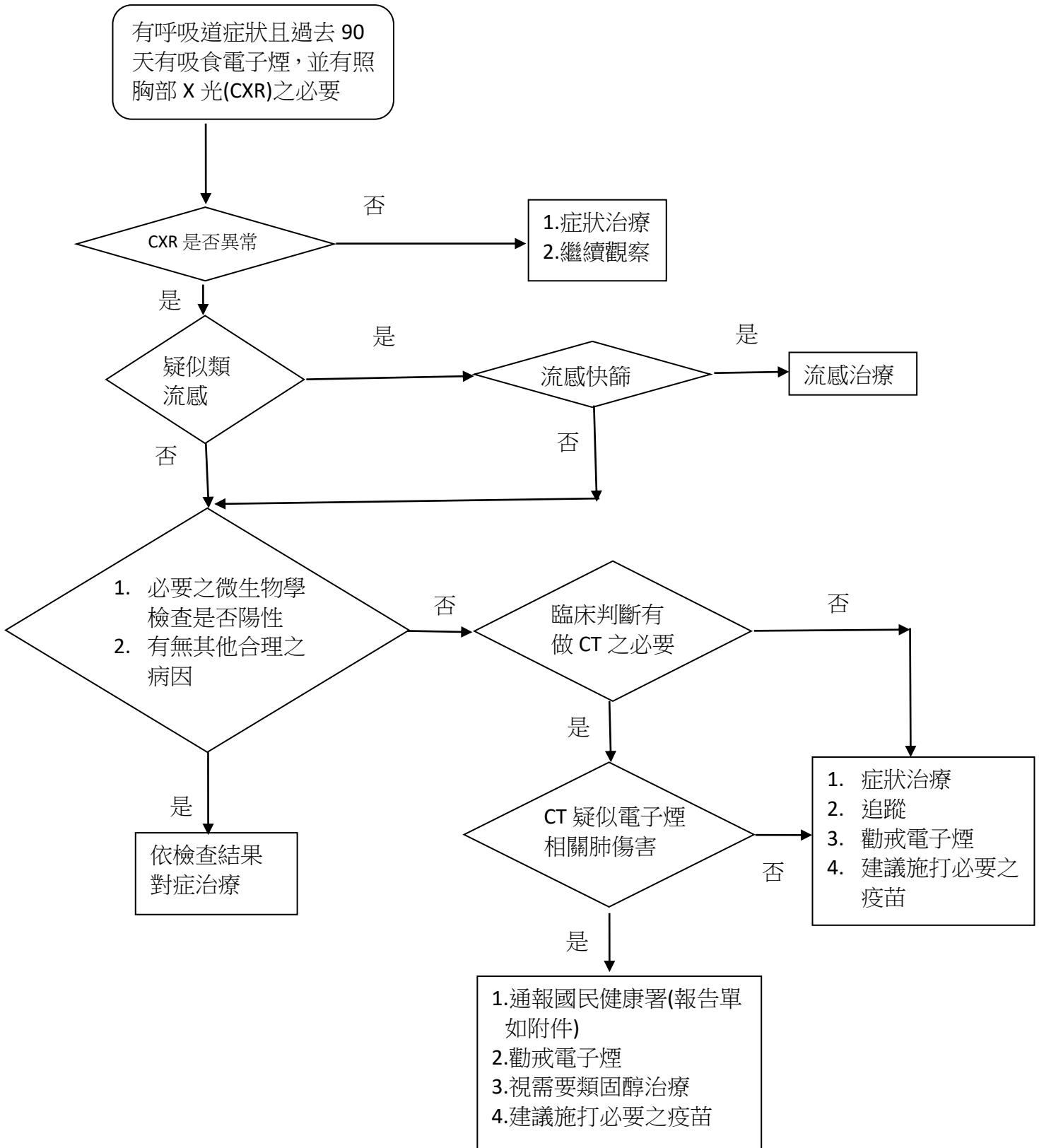
與個案之關係：_____聯絡電話：_____)

簽署日期：民國____年____月____日

<input type="checkbox"/> 1.個案姓名			<input type="checkbox"/> 2.性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
<input type="checkbox"/> 3.出生日期	民國____年____月____日	<input type="checkbox"/> 4.症狀起始日期	約民國____年____月____日		
<input type="checkbox"/> 5.診斷日期	民國____年____月____日	<input type="checkbox"/> 6.病歷號碼			
<input type="checkbox"/> 7.身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 已歸化本國籍之外籍配偶		<input type="checkbox"/> 8.國籍別		
<input type="checkbox"/> 9.個案聯絡電話	宅(____)____-____ 手機：_____				
<input type="checkbox"/> 10.戶籍所在地址	____縣____鄉鎮____路 ____市____區市____街____段____巷____弄____號____樓之				
<input type="checkbox"/> 11.聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 ____縣____鄉鎮____路 ____市____區市____街____段____巷____弄____號____樓之				
<input type="checkbox"/> 12.使用電子煙產品(煙油)	(請儘可能協助向個案取得其使用之煙油，交國民健康署送驗；如未能取得，也請儘可能請個案告知來源。) 廠牌：_____ 型號：_____ <input type="checkbox"/> 未知 添加物： <input type="checkbox"/> 尼古丁 <input type="checkbox"/> 大麻類物質 <input type="checkbox"/> 調味劑 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (可複選)				
<input type="checkbox"/> 13.電子煙使用史	使用歷史：自____年____月至____年____月 <input type="checkbox"/> 同時使用加熱式菸品 <input type="checkbox"/> 同時使用毒品或其他物質濫用 症狀起始時： <input type="checkbox"/> 近3個月內使用 <input type="checkbox"/> 近1個月內使用 <input type="checkbox"/> 近1週內使用 (選最短期者) 症狀起始時使用頻率： <input type="checkbox"/> 每月使用 <input type="checkbox"/> 每週使用 <input type="checkbox"/> 每日使用 (選最頻繁者)				
<input type="checkbox"/> 14.有無使用紙菸	<input type="checkbox"/> 從未使用 <input type="checkbox"/> 曾使用，已於____年____月停止 <input type="checkbox"/> 仍使用中，自____年____月迄今				
<input type="checkbox"/> 15.相關症狀	a. <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 咳血 <input type="checkbox"/> 其他呼吸道症狀： b. <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他腸胃道症狀： c. <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 寒顫 <input type="checkbox"/> 體重減輕 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 頭痛 d. <input type="checkbox"/> 其他：				
<input type="checkbox"/> 16.理學檢查異常	<input type="checkbox"/> 體溫 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> 心跳 <input type="checkbox"/> 血氧飽和度 <input type="checkbox"/> 其他：				
<input type="checkbox"/> 17.影像學檢查	請描述影像類別及其異常發現：				
<input type="checkbox"/> 18.實驗室檢驗	<input type="checkbox"/> 白血球增加 <input type="checkbox"/> C-reactive protein, CRP上升 <input type="checkbox"/> 肝功能異常 <input type="checkbox"/> 呼吸道病毒測試陰性 <input type="checkbox"/> 流感篩檢陰性 <input type="checkbox"/> 肺炎鏈球菌尿液抗原陰性 <input type="checkbox"/> 退伍軍人症尿液抗原陰性 <input type="checkbox"/> 黴漿菌陰性 <input type="checkbox"/> 其他特殊檢驗：				
<input type="checkbox"/> 19.過去病史	<input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 自體免疫疾病 <input type="checkbox"/> 腫瘤 <input type="checkbox"/> 其他：				
<input type="checkbox"/> 20.相關處置	<input type="checkbox"/> 門診治療 <input type="checkbox"/> 急診治療 <input type="checkbox"/> 入住一般病房 <input type="checkbox"/> 入住加護病房 <input type="checkbox"/> 插管使用呼吸器 <input type="checkbox"/> 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 使用類固醇治療 (<input type="checkbox"/> 病情有改善) <input type="checkbox"/> 使用抗生素 <input type="checkbox"/> 其他：				
21.報告機構(全銜)					
22.報告醫師	聯絡電話 (____)____-____		手機：_____		
	電子信箱 _____				
23.聯絡人	聯絡電話 (____)____-____		手機：_____		
	電子信箱 _____				

請填寫後傳真至(02)2522-0621，或電子郵件(加密)至 amy0810@hpa.gov.tw，聯絡人：(02)2522-0615，李小姐。

疑似電子煙相關肺傷害個案處置參考流程



備註：本流程僅供參考，醫師應依醫療常規及健保規定妥適處理。