

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：技士 洪文傑
電話：04-25265394#3805
電子信箱：hbtcf00645@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112年7月10日

發文字號：中市衛疾字第1120087787號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明（本局所屬科室請至<https://goo.gl/HEPFpy>網址下載附件，驗證碼為E84Y）

主旨：為強化本市登革熱監控量能，請貴院加強疑似登革熱個案NS1抗原快篩採檢/通報，並於每月10日前檢據向轄區衛生所申請「臺中市NS1合約院所快篩採檢費」核銷，請依說明段辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署(以下稱疾病管制署)2023登革熱/ 屈公病防治工作指引及本局「臺中市NS1合約院所快篩採檢費核撥方案」(如附件)辦理。
- 二、為強化本市登革熱監控量能，早期發現早期診斷，本局規劃「臺中市NS1合約院所快篩採檢費核撥方案」以阻斷本土登革熱疫情，及早發現社區中的潛藏個案，以達到疫情監控及防治。
- 三、經費核撥方式：
 - (一)NS1快篩及血清採檢費用，每一案為新台幣50元整。
 - (二)貴院於執行後列冊，並檢據相關資料於每月10日前將核銷清冊送衛生所(詳見核撥方案)。

(三)轄區衛生所審查後按月函送本局辦理經費核銷。

四、請貴院踴躍洽所在地衛生所，加入本市NS1合約院所，如經臨床評估發現有登革熱疫區活動史，出現疑似登革熱症狀，或符合疾病管制署登革熱通報定義時，請惠予加強採檢，不論檢驗結果皆應於24小時內完成法定傳染病通報，以利及早防治，共同維護民眾健康。

五、副本抄送本市醫師公會及診所協會，請惠予轉知所屬會員踴躍洽轄區衛生所辦理NS1快篩合約；另請本市各區衛生所依說明三規劃於每月15日前將審查完畢之院所核銷清冊，按月函送本局辦理經費核銷。

正本：本市各醫院

副本：社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、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、本局疾病管制科



臺中市 NS1 合約院所快篩採檢費核撥方案

一、目的：

台灣位於亞熱帶地區且降雨量豐沛，其溫暖潮濕有利於蟲媒生長，而登革熱病毒主要透過蟲媒中的埃及斑蚊或白線斑蚊協助傳播，故病毒傳播情形常有跨縣市之情形。107 年本市本土疫情嚴峻，以公共衛生三段五級觀點分析，次段預防之疾病監控機制量能待提升。為強化本市登革熱監控量能，及早發現社區中的指標病例，故辦理本次核撥放案。本方案宗旨為藉由早期發現早期治療，來阻斷本土登革熱疫情，以達到疫情監控及防治。

二、實施期間：

自 112 年 7 月 1 日起至 112 年 12 月 31 日止，視疫情況進行滾動式修正。

三、核撥對象：

- (一)參與本市 NS1 快篩合約院所。
- (二)不限以本局提供之公費 NS1 快篩試劑，含本局提供 NS1 試劑及試管合約院所，如經院所採檢並通報即符合採檢費核撥對象。

四、合約院所執行項目：

執行 NS1 快篩採檢：登革熱為第二類法定傳染病，醫療院所應依規定於 24 小時內通報，符合登革熱病例通報定義之疑似個案，應採集個案血液檢體執行 NS1 快篩，且通報個案血清檢體需後送至可保存檢體之醫療院所，以利後續送至衛生福利部疾病管制署檢驗及疫苗研製中心（以下稱昆陽實驗室），相關說明如下：

- (一)地區醫院等級以上之醫療院所，應依照衛生福利部疾病管制署之傳染病檢體採檢手冊保存檢體且於時效內送昆陽實驗室。

(二)基層醫療單位之醫療院所，應依照衛生福利部疾病管制署之傳染病檢體採檢手冊保存檢體且於採檢起 12 小時內將檢體運送至轄區衛生所，以利轄區衛生所將檢體送至昆陽實驗室。

(三)本市 NS1 快篩合約院所核撥方式：

1. 本案當月核銷案件，合約院所最遲於次月 10 日前將憑據及所需資料交付至轄區衛生所，各轄區衛生所為遲於次月 15 日前將憑據及所需資料送至本局核銷（於 12 月時因應年度核銷交付至轄區衛生所，各轄區衛生所最遲於隔年度 1 月 4 日前將憑據及所需資料送至本局核銷經費）。
2. NS1 快篩採檢費核撥：依憑據及所需資料撥付採檢核撥費新台幣 50 元整。

五、經費預估(112年)：

本方案預估經費為新台幣 15 萬元。

六、經費核銷申請說明

※本案係經轄區衛生所審核資料後，由本局核撥經費至合約院所，故請院所務必提供正確匯款資料及領據※

(一) 本市 NS1 快篩採檢費用核撥院所：

1. 請於每月 10 日前檢附前 1 個月執行之領據、核銷名冊予轄區衛生所審核，格式如附件 1、2，如有不同月份需同時請領時，請按月提供核銷名冊，以利撥款。
2. 核銷名冊欄位請正確填寫，院所執行 NS1 快篩請註記使用之試劑種類(公費或自費)，並請之工作人員、主管及負責人請務必簽章。
3. 表格如不足使用請自行新增，標註個案編號及頁數，以利實際執行人數與核銷人數之核對。

(二) 各區衛生所：

1. 經由法定傳染病通報系統確認核銷名冊中民眾皆已完成法定傳染病通報，如院所因故以電話或紙本傳真通報時，請協助通報之衛生所依據院所提供之資料通報(非以衛生所為通報單位)。
2. 依據核銷名冊內容完成審查並請逐級核章、轄區醫療院所領據、申請院所清單(格式如附件 3，不足請自行新增，惟請勿更改格式)於每月 15 日前函送本局辦理經費

3. 請於函送本局前，協助檢視領據所填列之核銷相關資料正確性，並請院所提供存摺封面影本，以利後續撥款予申請院所。

臺中市 NS1 合約院所快篩採檢費核撥核銷名冊

附件 1

院所名稱: _____

醫療機構代碼: _____

112 年 ____ 月

| 編號 | 就醫日期 | 姓名 | 身分證字號 | 連絡電話 (行動電話) | 地址 | 通報法 傳日期 | NS1 快篩結果 | 試劑來源 |
|----|------|----|-------|----------------|----|------------|--|--|
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 陽性 (+) <input type="checkbox"/> 陰性 | <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 陽性 (+) <input type="checkbox"/> 陰性 | <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 陽性 (+) <input type="checkbox"/> 陰性 | <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 陽性 (+) <input type="checkbox"/> 陰性 | <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 陽性 (+) <input type="checkbox"/> 陰性 | <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> 陽性 (+) <input type="checkbox"/> 陰性 | <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 |

院所製表人: _____ (簽章) 院所主管: _____ (簽章) 院所負責人: _____ (簽章)

領 據

附件 2

茲收到 112 年 月辦理「臺中市 NS1 合約院所快篩採檢費核撥方案」採檢費用，共計新臺幣_____元整。

此致

臺中市政府衛生局

機關名稱：

負責人：

統一編號：

地址：

電話：

帳戶銀行名稱：

戶名：

帳號：

(大小章)

中 華 民 國 年 月 日

臺中市_____區 NS1 合約院所快篩採檢費請領院所清冊

附件 3

| 編號 | 院所名稱 | 醫療機構代碼 | 撥款帳號 | 申請案數 | 申請金額 |
|----|------|--------|------|------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

衛生所承辦人:_____衛生所護理長:_____衛生所主任:_____