

113 年全民健康保險癌症治療品質改善計畫 執行手冊

衛生福利部中央健康保險署、國民健康署、口腔健康司

113 年 1 月

目錄

| | |
|-----------------------------------|----|
| 壹、前言 | 2 |
| 貳、計畫目的 | 2 |
| 參、預算來源 | 2 |
| 肆、計畫流程 | 3 |
| 伍、參與醫療院所資格..... | 3 |
| 陸、收案條件、給付項目及支付標準 | 3 |
| 柒、服務內容 | 5 |
| 捌、健保支付標準、申報、核付、結算、申復 | 16 |
| 玖、轉診 | 18 |
| 拾、癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統/口腔癌篩檢追蹤系統 | 19 |
| 附件、複、確診單位權限帳號使用注意事項說明..... | 21 |
| 附表..... | 32 |

壹、前言

癌症自民國 71 年起位居國人死因首位，由於癌症初期並無明顯症狀，容易讓人忽略，等到身體發生警訊可能為時已晚，惟有透過癌症篩檢早期發現、早期治療，以提升自身存活率。預防癌症最重要的就是依照國際實證建議，透過各項檢查早期發現癌症病灶，儘早阻斷或接受治療，才可阻斷已經發生變異的細胞發展為癌症或進展為晚期癌症。

為防治癌症，維護國人的健康，衛生福利部自 99 年擴大推動具實證之乳癌、子宮頸癌、大腸癌、口腔癌等四癌篩檢，自 111 年 7 月更針對重度吸菸者及有肺癌家族史之民眾提供低劑量電腦斷層肺癌篩檢。並於 112 年 6 月 1 日起推動「全民健康保險癌症治療品質改善計畫」，以人為中心，建立從篩檢、追蹤到確診的完整機制，透過醫療院所共同合作，主動向民眾進行健康指導及後續檢查相關注意事項，並協助依民眾就醫意願妥適安排完成進一步就醫診斷，以利篩檢異常個案早期發現，早期治療，降低癌症對民眾健康所帶來的衝擊。

貳、計畫目的

為提高衛生福利部（以下稱衛福部）預防保健服務之大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌篩檢及肺癌篩檢（以下稱「癌症篩檢」）結果為疑似異常個案，進一步完成診斷，透過本計畫之追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，建立以篩檢異常個案為中心之主動追蹤管理模式，期能提升篩檢效益、早期治療及增進治療效率，降低罹癌風險與減少晚期癌症發生。

參、預算來源

- 一、113 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「癌症治療品質改善計畫」專款項下支應，全年度經費為 414 百萬元，得與西醫基層總額、牙醫門診總額同項專款相互流用。
- 二、113 年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「癌症治療品質改善計畫」專款項下支應，全年度經費 93 百萬元，得與醫院總額、牙醫門診總額同項專款相互流用。
- 三、113 年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「癌症治療品質改善計畫」專款項下支應，全年度經費 10 百萬元，得與醫院總額、西醫基層總額同項專款相互流用。
- 四、本專款預算支應本計畫所列給付項目及支付標準，至於執行本計畫之轉診、檢驗檢查、治療及手術等醫療費用，由醫事服務機構所屬總額部門相關預算支應。

肆、計畫流程



圖 1：計畫流程

伍、參與醫療院所資格

全民健康保險（以下稱本保險）特約醫事服務機構辦理下列衛福部預防保健服務癌症篩檢相關業務者：

- 一、可辦理衛福部預防保健服務之 5 項癌症篩檢服務之醫事服務機構。
- 二、可辦理衛福部預防保健服務之 5 項癌症篩檢結果為陽性或異常個案進一步確立診斷之醫事服務機構。

陸、收案條件、給付項目及支付標準

一、收案條件

本保險保險對象接受衛福部癌症篩檢服務且符合下列各癌別之條件者：

(一) 大腸癌

50 歲至未滿 75 歲民眾，經定量免疫法糞便潛血篩檢（2 年 1 次）結果為陽性。

(二) 口腔癌

30 歲以上嚼檳榔（含已戒）或吸菸者、18 歲以上嚼檳榔（含已戒）之原住民，經口腔黏膜檢查（2 年 1 次）結果為下列情形之一者：

1. 高癌化異常者：包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑。
2. 其他經評估需作切片者：須經轉診至衛福部口腔健康司（下稱口腔司）審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」，由專科醫師評估須切片確診者。

(三) 子宮頸癌

30 歲以上婦女，經子宮頸抹片檢查（1 年 1 次）抹片判讀結果為非典型腺體細胞病變(AGC)或高度鱗狀上皮細胞病變(HSIL)以上者（抹片結果編碼為 5, 8-13, 15-18）。

(四) 乳癌

45 歲至 69 歲婦女，或 40 歲至 44 歲二親等內血親曾罹患乳癌之婦女，經乳房 X 光攝影檢查結果（2 年 1 次）為 Category 0(需附加其他影像檢查再評估)、4(可疑異常須考慮組織生檢)以及 5(高度疑似乳癌，須採取適當措施)者。

(五) 肺癌

具肺癌家族史之 45 歲至 74 歲女性或 50 歲至 74 歲男性，或 50 歲至 74 歲重度吸菸者，經低劑量電腦斷層檢查（2 年 1 次）結果為 Category 3(有結節但可能為良性)、4A、4B/4X(有異常結節)，並經胸腔專科醫師評估須進行 3 個月、6 個月檢查追蹤或須進行確診程序者。

二、支付點數及支付對象

| 癌別 | 追蹤管理費 | | | 診斷品質管理費 | | |
|------|--|-----|-----------|------------------------------------|------|--|
| | 陽性／疑似異常個案 | 點數 | 支付對象 | 確診方式、條件及上傳報告 | 點數 | 支付對象 |
| 大腸癌 | FIT 陽性 | 800 | 原篩檢醫事服務機構 | 大腸鏡確診+大腸鏡報告及大腸鏡確診結果 | 1700 | 接受轉診之確診醫事服務機構 |
| 口腔癌 | 經轉診至 口腔科 審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」專科醫師評估需進行切片確診 | 400 | | 切片確診+口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果(含病理診斷結果) | 1700 | 接受轉診之 口腔科 審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」 |
| | 疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑 | 800 | | | | |
| 子宮頸癌 | 抹片判讀結果為 AGC/HSIL 以上(5, 8-13, 15-18) | 800 | | 切片確診+切片個案資料登記表(含病理組織切片結果) | 1200 | 接受轉診之確診醫事服務機構 |
| 乳癌 | Category 0 | 400 | | 複檢,結果為 Category 1、2、3 結案+疑似異常個案追蹤表 | 1200 | 接受轉診之複診醫事服務機構 |
| | Category 4、5 | 800 | | 確診/複檢後需再進行確診+疑似異常個案追蹤表 | 1700 | |
| 肺癌 | Category 3 | 400 | | 檢查追蹤+疑似異常個案追蹤表 | 1200 | 接受轉診之追蹤醫事服務機構 |
| | Category 4A、4B/4X | 800 | | 確診/檢查追蹤後需再進行切片確診+疑似異常個案追蹤表 | 1700 | 接受轉診之確診醫事服務機構 |

備註：同一癌別個案同一週期之篩檢及確診如非同一醫療院所，應有原篩醫事服務機構「轉診資訊」、接受轉診醫事服務機構「確認診斷」及「報告上傳」資料，方分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。

柒、服務內容

- 一、篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理：由原篩檢醫事服務機構執行。
- 二、提升癌症診斷品質管理：由接受轉診醫事服務機構執行。另為提供個案就醫可近性，請設置就醫綠色通道。
- 三、各項癌別說明

(一) 大腸癌

| 追蹤管理（原篩檢單位） | | 確認診斷管理（確診單位） | |
|-------------|--|--------------|---|
| 1. 執行資格 | 辦理預防保健服務之「定量免疫法糞便潛血檢查服務」之醫事服務機構；其檢驗單位需通過國健署「預防保健服務之定量免疫法糞便潛血檢驗醫事機構資格審查原則」之審查。 | 1. 執行資格 | 可執行大腸鏡確診之醫事服務機構。 備註：可執行大腸鏡檢醫師包含消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學、小兒外科專科醫師。 |
| 2. 執行項目 | <ol style="list-style-type: none"> (1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、大腸鏡檢查之準備與注意事項。 (2) 確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別（或跨科別）服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存，並通知建議轉診之確診醫療院所進行確診。 (3) 追蹤並填報個案大腸鏡確立診斷及處置結果。 | 2. 執行項目 | <ol style="list-style-type: none"> (1) 自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含提供原篩檢醫事服務機構確診結果）、大腸鏡檢查注意事項及排程（含提供合適之清腸劑）。 (2) 上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則，或以郵寄、電子郵件等方式通知並確認回復對象已收到回復。如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診，亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。 |
| 3. 追蹤管理結果填報 | 依據「確診醫事服務機構」通知之確診結果填寫「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單一個案確診結果」（附表1）至「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」（以下稱癌整系統）。前開結果上傳資料可由原篩醫事服務機構委託之合作檢驗機構辦理。 | 3. 確認診斷及上傳報告 | <ol style="list-style-type: none"> (1) 須完成大腸鏡檢查及處置；如發現病灶如息肉等而無處置者，應於病歷敘明理由。 (2) 上傳「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單—大腸鏡確診結果」（附表2，最新表單請上國健署網站下載）及「大腸鏡報告（Colonoscopy Report）」（附表3，最新表單請上國健署網站下載）至癌整系統。 |
| 4. 期限 | <ol style="list-style-type: none"> (1) 自檢驗日起 30 個日曆天（含）完成陽性個案轉診開立。 (2) 自檢驗日起 90 個日曆天（含）追蹤個案完成大腸鏡確立診斷。 (3) 自大腸鏡確立診斷完成隔日 | 4. 期限 | <ol style="list-style-type: none"> (1) 自個案檢驗日起 90 個日曆天（含）內完成大腸鏡確診。 (2) 大腸鏡檢完成隔日起 21 個日曆天（含）內完成報告上傳。 (3) 接受轉介/轉診醫事服務機構應於大腸鏡確診隔日起 21 個日曆天 |

| 追蹤管理（原篩檢單位） | | 確認診斷管理（確診單位） | |
|-------------|---|--------------|---------------------------------|
| | 起 21 個日曆天（含）填報「追蹤管理結果」資料，前開資料應依據接受轉診之確診醫事服務機構所通知之確診結果進行填報。 | | （含）內通知原篩檢特約醫事服務機構個案確診結果。 |
| 5. 給付點數條件 | 完成轉介／轉診，並依據接受轉診醫事服務機構之大腸鏡確立診斷回饋報告，上傳「追蹤管理結果填報」，支付追蹤管理費 800 點。 | 5. 給付點數條件 | 完成大腸鏡確診，上傳報告（C & QC），支付 1700 點。 |
| 6. 備註 | <p>(1) 同一個案同項目同一篩檢週期不得重複請領給付。</p> <p>(2) 執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。</p> <p>(3) 每一個案由原篩檢醫療院所完成「追蹤管理」項目，並由接受轉診之確診醫療院所完成「診斷品質管理」項目，兩項目皆完成並有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。</p> | | |

(二) 口腔癌

| 追蹤管理 (原篩檢單位) | | 確認診斷管理 (確診單位) | |
|--------------|---|---------------|---|
| 1. 執行資格 | 辦理預防保健服務之「口腔黏膜檢查服務」之醫事服務機構。 | 1. 執行資格 | 經 口腔司 審查通過之「確認診斷醫療院所」或「確認診斷及治療醫院」。 |
| 2. 執行項目 | <p>(1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、口腔切片之準備與注意事項。</p> <p>(2)確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存，並通知建議轉診之確診醫療院所進行確診。</p> <p>(3)追蹤並填報個案切片確立診斷結果(含病理診斷)。</p> | 2. 執行項目 | <p>(1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、切片確診注意事項及切片手術(含術後護理衛教及照護)。</p> <p>(2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則，或以郵寄、電子郵件等方式通知並確認回復對象已收到回復。如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診，亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。</p> |
| 3. 追蹤管理結果填報 | 須依據「 確診醫事服務機構 」通知之 確診結果上傳「國民健康署口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單-B.個案確診結果」(附表4)至口腔癌篩檢追蹤系統。 | 3. 確認診斷及上傳報告 | <p>(1)完成切片確診並上傳病理診斷結果。</p> <p>(2)上傳「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單-口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果」(含病理診斷結果，附表5)至口腔癌篩檢追蹤系統。</p> |
| 4. 期限 | <p>(1)自篩檢日起30個日曆天(含)完成陽性個案轉診開立。</p> <p>(2)自篩檢日起60個日曆天(含)內追蹤個案完成切片確診。</p> <p>(3)自切片確立診斷完成隔日起21個日曆天(含)填報「追蹤管理結果」資料。</p> | 4. 期限 | <p>(1)自篩檢日起60個日曆天(含)內完成切片確診。</p> <p>(2)自切片確診隔日起21個日曆天(含)內完成報告上傳(含病理診斷結果)上傳。</p> <p>(3)接受轉介/轉診醫事服務機構應於切片確診隔日起21個日曆天(含)內通知原篩檢醫事服務機構個案確診結果。</p> |
| 5. 給付點數條件 | <p>(1)如檢查結果需轉介/轉診，完成轉介/轉診，並經接受轉診之口腔司審查通過之「確診及治療醫院」專科醫師評估需進行切片確診且完成切片確立診斷，上傳「追蹤管理結果填報」，支付追蹤管理費400點。</p> <p>(2)如為高癌化異常者(疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白</p> | 5. 給付點數條件 | <p>(1)完成口腔切片確診，上傳報告，支付1700點。</p> <p>(2)本項目給付予接受原篩檢醫事服務機構轉診之口腔司審查通過之確診醫事服務機構。</p> |

| 追蹤管理（原篩檢單位） | 確認診斷管理（確診單位） | |
|--------------|---|--|
| | <p>斑），完成轉介/轉診，並由接受轉診之確診或確診及治療醫事服務機構完成切片確立診斷，上傳「追蹤管理結果填報」，支付追蹤管理費 800 點。</p> | |
| <p>6. 備註</p> | <p>(1) 同一個案同項目同一篩檢週期不得重複請領給付。 (2) 執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。 (3) 每一個案由原篩檢醫療院所完成「追蹤管理」項目，並由接受轉診之確診醫療院所完成「診斷品質管理」項目，兩項目皆完成並有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。</p> | |

(三) 子宮頸癌

| 追蹤管理 (原篩檢單位) | | 確認診斷管理 (確診單位) | |
|--------------|---|---------------|---|
| 1. 執行資格 | 辦理預防保健服務之「婦女子宮頸抹片檢查服務」之醫事服務機構。 | 1. 執行資格 | 可執行子宮頸癌項目之切片確診之醫事服務機構。 |
| 2. 執行項目 | (1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、切片之準備與注意事項。 (2)確立診斷之轉介或轉診醫療服務:與個案溝通就醫意向,並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。 如以紙本開立轉診單者,其相關文件請以電子檔或資料建置留存,並通知建議轉診之確診醫療院所進行確診。 (3)追蹤個案完成切片確診。 | 2. 執行項目 | (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排,包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、切片確診注意事項及切片確立診斷。 (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果;如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所,於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則,或以郵寄、電子郵件等方式通知並確認回復對象已收到回復。如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診,亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。 |
| 3. 追蹤管理結果填報 | 無。 | 3. 確認診斷及上傳報告 | (1)完成切片確診。 (2)上傳「子宮頸(陰道)切片個案資料登記表」(附表6,含病理組織切片結果,上傳單位:病理診斷單位)至癌整系統。 |
| 4. 期限 | (1)自抹片採檢日起 30 個日曆天(含)完成陽性/異常個案轉診開立。 (2)自抹片採檢日起 90 個日曆天(含)內追蹤個案完成切片確診。 | 4. 期限 | (1)自抹片採檢日起 90 個日曆天(含)內完成切片確診。 (2)自切片確診隔日起 21 個日曆天(含)內完成報告上傳。 (3)接受轉介/轉診醫事服務機構應於切片確診隔日起 21 個日曆天(含)內通知原篩檢醫事服務機構個案確診結果。 |
| 5. 給付點數條件 | 完成轉介/轉診,追蹤由接受轉診醫事服務機構完成切片確立診斷,支付 800 點。 | 5. 給付點數條件 | 完成切片確診並上傳報告,支付 1200 點。 |
| 6. 備註 | (1)同一個案同項目同一篩檢週期不得重複請領給付。 (2)執行期限內首筆篩檢為疑似異常個案並完成確診報告上傳者。 (3)每一個案由原篩檢醫療院所完成「追蹤管理」項目,並由接受轉診之確診醫療院所完成「診斷品質管理」項目,兩項目皆完成並有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者,方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。 | | |

(四) 乳癌

| 追蹤管理 (原篩檢單位) | | 確認診斷管理 (確診單位) | |
|--------------|---|---------------|--|
| 1. 執行資格 | 辦理預防保健服務之「婦女乳房 X 光攝檢查服務」之醫事服務機構。 | 1. 執行資格 | 可執行乳癌項目之複檢或確診之醫事服務機構。 |
| 2. 執行項目 | <p>(1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、複診/確診之準備與注意事項。</p> <p>(2) 確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存，並通知建議轉診之確診醫療院所進行確診。</p> <p>(3) 追蹤個案完成複檢或確立診斷結果。</p> | 2. 執行項目 | <p>(1) 自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、複檢、切片確立診斷等程序之安排。</p> <p>(2) 上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則，或以郵寄、電子郵件等方式通知並確認回復對象已收到回復。如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診，亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。</p> |
| 3. 追蹤管理結果填報 | 無。 | 3. 確認診斷及上傳報告 | <p>(1) 如 X 光攝影檢查結果為 Category 0，進行複檢，複檢結果為 Category 1、2、3，結案。</p> <p>(2) 如 X 光攝影檢查結果為 Category 4、5，或 Category 0 複檢結果為 Category 4、5，進行檢查、切片確診。</p> <p>(3) 上傳「婦女乳房 X 光攝影檢查服務疑似異常個案追蹤表」(附表 7) 至癌整系統。</p> |
| 4. 期限 | <p>(1) 自乳房攝影日起 30 個日曆天(含)完成陽性/異常個案轉診開立。</p> <p>(2) 自乳房攝影日起 60 個日曆天(含)內完成複檢或確診。</p> | 4. 期限 | <p>(1) 自乳房攝影日起 60 個日曆天(含)內完成複檢或確診。</p> <p>(2) 自複檢或確診隔日起 21 個日曆天(含)內完成報告上傳。</p> <p>(3) 接受轉介/轉診醫事服務機構應於切片確診隔日起 21 個日曆天(含)內通知原篩檢醫事服務機構個案確診結果。</p> |
| 5. 給付點數條件 | <p>(1) Category 0：完成轉介/轉診，追蹤由接受轉診醫事服務機構完成複檢或確診，支付 400 點。</p> <p>(2) Category 4、5：完成轉介/轉診，追蹤由接受轉診醫事服務機構完成確診，支付 800 點。</p> | 5. 給付點數條件 | <p>(1) 如為 Category 0，經複檢結果為 Category 1、2、3 結案，上傳報告，支付 1200 點。本項目支付予接受原篩檢醫事服務機構轉診之複檢醫事服務機構。</p> <p>(2) 如為 Category 4、5，或 Category 0 複檢結果為 Category 4、5，進行檢查、切片確診，上傳報告，支付 1700 點。本項目支付予接受原篩檢醫事服務機構轉診之確診醫事服務</p> |

| 追蹤管理（原篩檢單位） | 確認診斷管理（確診單位） |
|-------------|--|
| | 機構，或經接受轉介/轉診進行複診後再轉診之確診醫事服務機構。 |
| 6. 備註 | <p>(1)同一個案同項目同一篩檢週期不得重複請領給付。</p> <p>(2)執行期限內完成複診或確診報告上傳者。</p> <p>(3)每一個案由原篩檢醫療院所完成「追蹤管理」項目，並由接受轉診之確診醫療院所完成「診斷品質管理」項目，兩項目皆完成並有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。</p> |

(五) 肺癌

| 追蹤管理 (原篩檢單位) | | 確認診斷管理 (確診單位) | |
|--------------|---|---------------|--|
| 1. 執行資格 | 經國健署審查通過辦理「國民健康署肺癌早期偵測計畫」醫事服務機構 | 1. 執行資格 | 可執行肺癌檢查追蹤或確診之醫事服務機構。 |
| 2. 執行項目 | <p>(1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、追蹤檢查或切片確立診斷之準備與注意事項。</p> <p>(2) 確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存，並通知建議轉診之確診醫療院所進行確診。</p> <p>(3) 追蹤個案完成接受檢查追蹤或確立診斷程序。</p> | 2. 執行項目 | <p>(1) 自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確診結果)、檢查追蹤及切片檢查等程序之安排。</p> <p>(2) 上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確立診斷結果。</p> |
| 3. 追蹤管理結果填報 | 無。 | 3. 確認診斷及上傳報告 | <p>(1) 經胸腔專科醫師評估結果為「3個月後檢查追蹤」或「6個月後檢查追蹤」或「另進行斷腦斷層(CT)等檢查後評估檢查追蹤」者：完成第1次追蹤(透過CT等方式觀察結節或肺部變化情形)，且第1次追蹤結果無須進行確診程序。</p> <p>(2) 經胸腔專科醫師評估結果為「需進行確診程序」或「另進行電腦斷層(CT)等檢查後評估需進行確診程序」或第1次追蹤結果為「需進行確診程序」者：完成切片或細胞學診斷等確立診斷之檢查。</p> <p>(3) 上傳「肺癌早期偵測計畫疑似異常個案追蹤表」(附表8)至癌整系統。</p> |
| 4. 期限 | <p>(1) 自攝影檢測日起，次次月20日(含)內，須完成影像檢查評估結果。</p> <p>(2) 追蹤個案完成：若個案經胸腔專科醫師評估結果為—</p> <p>A. 「3個月後檢查追蹤」：自攝影檢測日起120個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。</p> <p>B. 「6個月後檢查追蹤」：應自攝影檢測日起210個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。</p> <p>(3) 若個案經胸腔專科醫師評估</p> | 4. 期限 | <p>(1) 檢查追蹤或確立診斷：</p> <p>A. 若評估為「3個月後檢查追蹤」者：應自攝影檢測日起120個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。</p> <p>B. 若評估為「6個月後檢查追蹤」者：應自攝影檢測日起210個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。</p> <p>C. 若評估為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」：應自評估或檢查結果日起90個日曆天(含)內，完成確立診斷之檢查。</p> |

| 追蹤管理（原篩檢單位） | | 確認診斷管理（確診單位） | |
|-------------|---|--------------|--|
| | 結果為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」，應自評估或檢查結果日起 90 個日曆天(含)完成確診程序。 | | (2)自追蹤或確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，須完成報告上傳。 (3)自追蹤或確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，須通知原篩檢醫事服務機構個案檢查追蹤或確立診斷結果。 |
| 5. 給付點數條件 | (1)Category3：完成轉介／轉診，並應追蹤至接受轉診醫事服務機構完成檢查追蹤或確診檢查(含結果上傳)，支付 400 點。 (2)Category4A、4B/4X：完成轉介／轉診，並應追蹤至接受轉診醫事服務機構完成檢查追蹤或確診檢查，支付 800 點。 | 5. 給付點數條件 | 如經胸腔專科醫師評估依據及結果為： (1)「3 個月後檢查追蹤」或「6 個月後檢查追蹤」或「另進行 CT 等檢查後評估檢查追蹤」，完成第 1 次追蹤，且第 1 次追蹤結果無須進行確診程序，上傳報告，支付 1200 點。本項目給付予接受原篩檢醫事服務機構轉介／轉診之追蹤醫事服務機構。 (2)「需進行確診程序」或「另進行 CT 等檢查後評估需進行確診程序」或第 1 次追蹤結果為「需進行確診程序」，完成切片確診檢查，上傳報告，支付 1700 點。本項目支付予接受原篩檢醫事服務機構轉介／轉診之確診醫事服務機構，或經接受轉診進行追蹤後再轉診之確診醫事服務機構。 |
| 6. 備註 | (1)同一個案同項目同一篩檢週期不得重複請領給付。 (2)執行期限內完成檢查追蹤或確診檢查報告上傳者。 (3)每一個案由原篩檢醫療院所完成「追蹤管理」項目，並由接受轉診之確診醫療院所完成「診斷品質管理」項目，兩項目皆完成並有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。 | | |

四、確診結果報告上傳注意事項

(一) 確診結果報告同意書

1. 基於「個人資料保護法」等相關規範，醫療院所於執行**確診項目**時請取得個案**書面同意**相關資料作為作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。
2. 同意書表單由醫療院所逕行評估與設計。

(二) 確診結果報告

1. 大腸癌：

- (1)上傳時間：完成**大腸鏡檢**隔日起**21**個日曆天（含）。
- (2)上傳項目：
 - A.「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單—大腸鏡確診結果」（附表2）。
 - B.「大腸鏡報告（Colonoscopy Report）」（附表3）。
備註：最新表單請至國健署網站下載。
- (3)上傳位置：癌整系統（網址：<https://portal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>）。
- (4)注意事項：
 - A.如有發現病灶如息肉等而無處置者，請於病歷敘明理由。
 - B.如係透過電子轉診平台接受轉診之院所，則於規範期限內以該系統回復原篩機構確診結果為原則，或以郵寄、電子郵件等方式通知並確認回復對象已收到回復；如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診，亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。回復內容應包含：
 - a.鏡檢(確診)日期。
 - b.檢查方法。
 - c.診斷結果；診斷結果如為息肉，有無切除。
 - d.有無癌症治療；如有，執行治療之醫療院所及方式。

2. 口腔癌：

- (1)上傳時間：完成**切片**隔日起**21**個日曆天（含）。
- (2)上傳項目：「**口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單—口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果**」（含病理診斷結果，附表5），
備註：最新表單請至口腔司網站下載（網址：<https://dep.mohw.gov.tw/D00H/lp-6543-124.html>）。
- (3)上傳位置：口腔癌篩檢追蹤系統（網址：<https://oralfollow.mohw.gov.tw>）。
- (4)注意事項：如係透過電子轉診平台接受轉診之院所，則於規範期限內以該系統回復原篩機構確診結果為原則，或以郵寄、電子郵件等方式

通知並確認回復對象已收到回復；如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診，亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。回復內容應包含：

- A. 確診(複檢)日期。
- B. 有無切片。
- C. 診斷結果。
- D. 有無治療；如有，治療醫療院所及方式。

3. 子宮頸癌：

- (1)上傳時間：完成切片隔日起 21 個日曆天（含）。
- (2)上傳項目：「子宮頸（陰道）切片個案資料登記表」（含病理組織切片結果，附表 6）。
備註：最新表單請至國健署網站下載。
- (3)上傳位置：癌整系統（網址：
<https://pportal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>）。
- (4)注意事項：如係透過電子轉診平台接受轉診之院所，則於規範期限內以該系統回復原篩機構確診結果為原則，或以郵寄、電子郵件等方式通知並確認回復對象已收到回復；如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診，亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。

4. 乳癌：

- (1)上傳時間：複診或切片確診隔日起 21 個日曆天（含）。
- (2)上傳項目：「婦女乳房 X 光攝影檢查服務疑似異常個案追蹤表」（附表 7）。
備註：最新表單請至國健署網站下載。
- (3)上傳位置：癌整系統（網址：
<https://pportal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>）。
- (4)注意事項：如係透過電子轉診平台接受轉診之院所，則於規範期限內以該系統回復原篩機構確診結果為原則，或以郵寄、電子郵件等方式通知並確認回復對象已收到回復；如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診，亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。

5. 肺癌：

- (1)上傳時間：追蹤或確立診斷隔日起 21 個日曆天（含）。
- (2)上傳項目：「肺癌早期偵測計畫疑似異常個案追蹤表」（附表 8）。
備註：最新表單請至國健署網站下載。
- (3)上傳位置：癌整系統（網址：
<https://pportal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>）。
- (4)注意事項：應於規範期限內回復原篩機構確診結果；如篩檢與確立診斷為同一醫療院所或紙本轉診，亦應於期限內通知原篩檢單位/醫療院所。

捌、健保支付標準、申報、核付、結算、申復

一、給付項目及支付標準

本計畫須由原篩檢醫療院所完成「追蹤管理」項目，並由接受轉診之確診醫療院所構完成「診斷品質管理」項目，兩項目皆完成後分別給付費用。同一個案同項目同一篩檢週期不得重複請領支付。

1. 醫事服務機構須對個案提供符合本計畫服務內容後，始得申報本標準診療項目。
2. 每一個案須有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。
3. 每一個案同一癌別週期，不得重複申報本標準。

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 | 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|---------------------|------|------|------|------|------|---------|---------------------------------|------|------|------|------|-------|
| 追蹤管理費 | | | | | | | 診斷品質管理費 | | | | | | |
| P7701C | -大腸癌 | V | V | V | V | 800 | P7709C | -大腸癌_大腸鏡確診 | V | V | V | V | 1,700 |
| P7702C | -口腔癌 | | | | | | | | | | | | |
| P7703C | --高癌化初篩異常者 | V | V | V | V | 800 | P7710B | -口腔癌_切片確診 | | V | V | V | 1,700 |
| | --其他經評估須作切片者 | V | V | V | V | 400 | | | | | | | |
| P7704C | -子宮頸癌 | V | V | V | V | 800 | P7711C | -子宮頸癌_切片確診 | V | V | V | V | 1,200 |
| P7705C | -乳癌 | | | | | | | | | | | | |
| | --Category 4、5 | V | V | V | V | 800 | P7712C | -乳癌 | V | V | V | V | 1,700 |
| P7706C | --Category 0 | V | V | V | V | 400 | | --確診及複檢後確診 | V | V | V | V | 1,200 |
| | | | | | | | P7713C | --複檢後為Category1、2、3予以結案 | V | V | V | V | |
| P7707B | -肺癌 | | | | | | | | | | | | |
| | --Category 4A、4B、4X | | V | V | V | 800 | P7714B | -肺癌 | | V | V | V | 1,700 |
| P7708B | --Category 3 | | V | V | V | 400 | | --確診或檢查追蹤後確診 | | V | V | V | 1,200 |
| | | | | | | | P7715B | --完成第1次檢查追蹤予以結案 | | | | | |
| 註 | 由原篩檢醫事服務機構申報。 | | | | | | 註 | 由接受原篩檢醫事服務機構轉診(或轉介)之確診醫事服務機構申報。 | | | | | |

二、醫療費用核付、申復及點值計算

(一) 醫療費用核付

由健保保險人定期提供院所申報資料予國健署及口腔司依院所服務內容實際執行情形予以核定，每季提供保險人辦理醫療費用核付之依據。

(二) 醫療費用申復

院所依全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理申復，由保險人所轄分區業務組轉請國健署或口腔司複查並回復。

(三) 點值計算

1. 本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。
2. 全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於1元。

玖、轉診

一、電子轉診平台

- (一) 本計畫跨院轉診個案，原篩檢醫療院所可透過健保署建置之「電子轉診平台」，將疑似異常個案轉診至確診醫事服務機構進行確立診斷。
- (二) 請於「轉診目的」依癌別選擇「A. 轉介其他試辦計畫或方案 02-07. 癌症治療品質改善計畫」。
- (三) 電子轉診使用者手冊：
 1. 院所如欲查詢健保電子轉診平台相關內容，請至健保署全球資訊網/健保服務/健保醫療服務/轉診/電子轉診平台格式（網址：<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-7947-bb4de-2943-1.html>）查詢。
 2. 可至健保資訊網服務系統(VPN)業務公告項目查詢。（網址：<https://medvpn.nhi.gov.tw/iwse0000/IWSE0030S02.aspx?bc=IPR>）

The screenshot shows the '健保電子轉診平台' (NHI Electronic Referral Platform) interface. It is divided into '原篩單位' (Original Screening Unit) on the left and '確診單位' (Confirmation Unit) on the right. The central area shows the '轉診目的' (Referral Purpose) dropdown menu with options 1 through 6. Option 6, '其他' (Other), is highlighted with a red box. Below the dropdown, there are checkboxes for '轉診目的' (Referral Purpose) and '轉診原因' (Referral Reason). The interface also displays the user's name, ID, and the date of the referral. Callouts on the right side of the interface link specific cancer types to their respective referral destinations:

- 大腸癌(02): 可執行大腸鏡確診醫療院所
- 口腔癌(03): 口腔「確診醫療院所」與「確診及治療醫院」
- 子宮頸癌(04): 可執行AGC及HSIL確診醫療院所
- 乳癌: 1.複、確診(07) - 可執行複、確診醫療院所
- 肺癌(06): 可執行LDCT肺癌檢查追蹤及確診醫院

二、紙本轉診單

- (一) 請於「轉診目的」勾選 6. 其他，並填寫「癌症治療品質改善計畫—癌別」。
- (二) 以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存，原篩檢醫療院所並應通知建議轉診之確診醫療院所進行確診。

全民健康保險 院(所)轉診單(轉診至 院所)

保險醫事服務機構代號:

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------|---|-------------------|
| 原 診 醫 生 姓名 ¹ | 姓名 ¹ | 出生日期 ² | 身分證號 ³ |
| 聯絡人 ⁴ | 聯絡電話 ⁵ | 聯絡地址 ⁶ | |
| 診 察 內 容 | | | |
| A. 病情摘要(主訴及簡短病史) | | D. 藥物過敏史: <input type="text"/> | |
| 歷 史 | | | |
| B. 診斷 | | ICD-10-CM/PCS 病名 <input type="text"/> | |
| 1. (主診斷) <input type="text"/> | | | |
| 2. <input type="text"/> | | | |
| 醫 治 | | | |
| C. 檢查及治療摘要 | | | |
| 1. 最近一次檢查結果 | | 2. 最近一次用藥或手術名稱 <input type="text"/> | |
| 院 要 點 | | | |
| 日期: <input type="text"/> | | 日期: <input type="text"/> | |
| 轉 診 目 的 | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> 急診治療 | | 4. <input type="checkbox"/> 進一步檢查, 檢查項目 | |
| 2. <input type="checkbox"/> 住院治療 | | 5. <input type="checkbox"/> 轉回轉出或適當之院所繼續追蹤 | |
| 3. <input type="checkbox"/> 門診治療 | | 6. <input checked="" type="checkbox"/> 其他: 癌症治療品質改善計畫—癌別 <input type="text"/> | |

三、如為同院所同科別（或跨科別），提供轉介服務。

拾、癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統/口腔癌篩檢追蹤系統

| 癌別 | 原篩檢單位 | 確診單位 | 備註 |
|------|---|--|----|
| 大腸癌 | <ul style="list-style-type: none"> 與現行同，無調整： 1. 檢驗報告 (Colon A) 及追蹤報告 (Colon B) 由合作之檢驗機構上傳。 2. 如需查詢個案篩檢資格，可逕自申請單一入口帳號，惟無開放篩檢個案報告資料查詢。 | <ul style="list-style-type: none"> 申請檢附文件： 1. 檢具院所「消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學、小兒外科專科醫師」至少 1 名之相關證明。 2. 帳號申請表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。 3. 公文來函國健署辦理。 | |
| 口腔癌 | <ul style="list-style-type: none"> 與現行同，無調整： 醫事服務機構透過健保 VPN 即可登錄。 | <ul style="list-style-type: none"> 需為口腔司核可之口腔癌「確診醫院」或「確診及治療醫院」。 申請檢附文件： 1. 帳號申請表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。 2. 公文來函口腔司辦理。 | |
| 子宮頸癌 | <ul style="list-style-type: none"> 與現行同，無調整： 1. 申請單位需為國健署核可之「子宮頸細胞病理診斷單位」。 2. 相關規範可上國健署網站查詢(網址：https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=612&pid=1093) | <ul style="list-style-type: none"> 由於系統可上傳報告之單位限病理診斷單位，故由病理診斷單位進行申請： 1. 檢具院所「病理科專科醫師」及「細胞醫檢師」至少各 1 名執業登記之相關證明。 2. 檢具院所具有病理相關科別。 3. 帳號申請表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。 4. 公文來函國健署辦理。 | |
| 乳癌 | <ul style="list-style-type: none"> 與現行同，無調整： 1. 申請單位需為國健署核可之「乳房 X 光攝影認證機構」。 2. 相關規範可上國健署網站查詢(網址：https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=612&pid=1093) | <ul style="list-style-type: none"> 複診及確診單位申請檢附文件： 1. 帳號申請表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。 2. 公文來函國健署辦理。 | |
| 肺癌 | <ul style="list-style-type: none"> 與現行同，無調整： 1. 申請單位須為國健署核可之「肺癌早期偵測計畫」醫院。 2. 相關規範可上國健署網站查詢(網址：https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=4627) | <ul style="list-style-type: none"> 申請需檢附文件： 1. 檢具院所「胸腔內科/胸腔外科醫師」至少 1 名之專科證書等相關證明。 2. 帳號申請表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。 3. 公文來函國健署辦理。 | |

備註：

1. 系統權限申請資格及應備文件詳附件 2 至 5。
2. 注意事項及表單申請：可逕上「預防保健暨戒菸服務整合系統」下載專區下載(網址：<https://portal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>)。

全民健康保險癌症治療品質改善計畫
給付項目及支付標準

| 編號 | 診療項目 | 基層院所 | 地區醫院 | 區域醫院 | 醫學中心 | 支付點數 |
|--------|-----------------------------------|------|------|------|------|-------|
| | 追蹤管理費 | | | | | |
| P7701C | -大腸癌 | V | V | V | V | 800 |
| | -口腔癌 | | | | | |
| P7702C | --高癌化初篩異常者 | V | V | V | V | 800 |
| P7703C | --其他經評估須作切片者 | V | V | V | V | 400 |
| P7704C | -子宮頸癌 | V | V | V | V | 800 |
| | -乳癌 | | | | | |
| P7705C | --Category 4、5 | V | V | V | V | 800 |
| P7706C | --Category 0 | V | V | V | V | 400 |
| | -肺癌 | | | | | |
| P7707B | --Category 4A、4B、4X | | V | V | V | 800 |
| P7708B | --Category 3 | | V | V | V | 400 |
| | 註：由原篩檢醫事服務機構申報。 | | | | | |
| | 診斷品質管理費 | | | | | |
| P7709C | -大腸癌_大腸鏡確診 | V | V | V | V | 1,700 |
| P7710B | -口腔癌_切片確診 | | V | V | V | 1,700 |
| P7711C | -子宮頸癌_切片確診 | V | V | V | V | 1,200 |
| | -乳癌 | | | | | |
| P7712C | --確診及複檢後確診 | V | V | V | V | 1,700 |
| P7713C | --複檢後為 Category 1、2、3 予以結案 | V | V | V | V | 1,200 |
| | -肺癌 | | | | | |
| P7714B | --確診或檢查追蹤後確診 | | V | V | V | 1,700 |
| P7715B | --完成第 1 次檢查追蹤予以結案 | | V | V | V | 1,200 |
| | 註：由接受原篩檢醫事服務機構轉診(或轉介)之確診醫事服務機構申報。 | | | | | |

癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統/口腔癌篩檢追蹤系統 複、確診單位權限帳號使用注意事項說明

一、為妥善管理本系統使用者帳號申請、使用及管理等事項，特訂定本注意事項。

二、帳號密碼之管理

(一)申請資格及檢附文件

1. 大腸癌：

(1)檢具院所「消化內科、消化外科、大腸直腸外科、兒科消化學、小兒外科專科醫師」至少 1 名之相關證明。

(2)帳號/權限異動表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。

2. 口腔癌：

(1)須為衛生福利部口腔健康司核可之口腔癌「確診醫院」或「確診及治療醫院」。

(2)帳號/權限異動表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。

3. 子宮頸癌：由病理診斷單位進行申請。

(1)檢具院所「病理科專科醫師」及「細胞醫檢師」至少各 1 名執業登記之相關證明。

(2)檢具院所具有病理相關科別。

(3)帳號/權限異動表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。

4. 乳癌：帳號/權限異動表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。

5. 肺癌：

(1)檢具院所「胸腔內科/胸腔外科醫師」至少 1 名之專科證書等相關證明。

(2)帳號/權限異動表、單位切結書及保密同意暨個人資料提供同意書。

(二)管理者：每間確診及治療單位之各癌別業務僅能一位。新增或已有帳號需增加管理者權限或權限由使用者異動為管理者時，單位代表人(院長)需填寫單位切結書(附件 4-1 / 4-2)。

1. 管理者新增，申請人需填寫帳號/權限異動表(附件 3-1 / 3-2，勾選 A. 管理者新申請)及保密同意暨個人資料提供同意書(附件 5-1 / 5-2)，完成簽章後；與單位切結書(附件 4-1 / 4-2)一併正本公文函送，大腸癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌項目請寄至國民健康署（臺北市大同區塔城街 36 號）；口腔癌項目請寄至口腔健康司（臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號）。待確認資料無誤後，以電子郵件通知該申請人密碼資訊。

※ 腸乳子肺：為無「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」(以下簡稱整合系統)帳號或有整合系統帳號，但無法帳號簽入至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統(以下簡稱癌整平台)

※ 口腔：無口腔癌篩檢追蹤系統帳號

2. 管理者註銷：申請人需填寫帳號/權限異動表(附件 3-1 / 3-2，勾選 B. 管理者註銷)，正本公文函送，大腸癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌項目請寄至國民健康署（臺北市大同區塔城街 36 號）；口腔癌項目請寄至口腔健康司（臺北

市南港區忠孝東路 6 段 488 號)。

※定義：為取消該系統管理者權限。

3. 已有帳號需增加管理者權限：申請人需填寫帳號/權限異動表(附件 3-1/3-2，勾選 C.已有帳號需增加確診及治療之管理者權限)及保密同意暨個人資料提供同意書(附件 5-1/5-2)，完成簽章後，與單位切結書(附件 4-1/4-2)正本公文函送，**大腸癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌項目請寄至國民健康署**(臺北市大同區塔城街 36 號)；**口腔癌項目請寄至口腔健康司**(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)。

※**腸乳子肺**：包含已有預保暨戒菸系統帳號且可帳號簽入至癌整平台，但沒有該系統權限或具該系統權限但為使用者，需異動為管理者。

※**口腔**：具口腔癌篩檢追蹤系統帳號但無相關權限

4. 管理者異動為使用者：申請人需填寫帳號/權限異動表(附件 3-1/3-2，勾選 D.確診及治療之管理者權限異動為使用者)，正本公文函送，**大腸癌、子宮頸癌、乳癌及肺癌項目請寄至國民健康署**(臺北市大同區塔城街 36 號)；**口腔癌項目請寄至口腔健康司**(臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)，。

※定義：將該系統管理者權限異動成使用者權限。

(三)使用者

1. 新增：由所屬單位之管理者新增，並應簽保密同意暨個人資料提供同意書(附件 5-1/5-2)，管理者應盡管理義務之留院備查。
2. 註銷：由所屬單位之管理者將帳號註銷或權限取消。
3. 已有帳號僅需增加權限：由所屬單位之管理者增加系統權限，並應簽署保密同意暨個人資料提供同意書(附件 5-1/5-2)，管理者應盡管理義務之留院備查。

三、本系統之各層級使用者，應依個人資料保護法及相關法令規章恪遵保密規定，並應簽署保密同意暨個人資料提供同意書。

四、新申請之使用者請於第一次登入系統時確認基本資料是否正確。並請**務必更改預設密碼**，密碼長度至少 12 個字元且由大小寫英文字母、數字及符號(須為 ~!#^* 其一)組成，於預保暨戒菸系統密碼強度需顯示為中，避免使用與個人有關資料(如生日、身分證字號、單位簡稱、電話號碼等)當做密碼。

五、使用者須妥善保管帳號及密碼，不可告知他人或書寫於他人可取得之處，如便條紙、螢幕或主機外殼等，亦應避免放置於其他易遭他人窺視之場所，且不得提供他人使用。

六、使用者接獲帳號密碼後應盡保密責任，並定期更新密碼(預保暨戒菸系統為 90 天，口腔篩檢追蹤系統為 60 天)。

七、登入帳號密碼遺失或輸入錯誤 3 次被鎖住之處理方式：

- (一)醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統：請使用「忘記密碼」功能，輸入「帳號」、「e-mail」及「驗證碼」，填寫完成後送出，若與目前記錄於預保系統之資料完全相同，系統將寄出重設密碼之信件至使用者信箱，待密碼重設完畢即解鎖帳號。

※變更密碼通知信裡的連結網址，有效期限僅 1 小時，故務必在 1 小時內進入更改密碼。

- (一) 口腔癌篩檢追蹤系統：請使用「忘記密碼」功能，輸入「帳號」、「e-mail」填寫完成後送出，若與目前記錄於系統之資料完全相同，系統將寄出亂數產生之密碼寄至使用者信箱，待成功登入後重新設定即解鎖帳號。

八、癌症篩檢追蹤管理資訊系統聯絡資訊/口腔癌篩檢追蹤系統

諮詢服務：(02)2559-1969#116、117

傳 真：(02)2559-0586

電子信箱：cancer_integrate@iisigroup.com

預保暨戒菸系統網址：<https://portal.hpa.gov.tw>


口腔癌篩檢追蹤系統：<https://oralfollow.mohw.gov.tw>

癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統

大腸癌、子宮頸癌、乳癌、肺癌項目

複、確診單位管理者帳號/權限異動表

* 為必填欄位

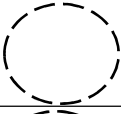
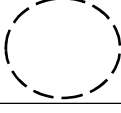
| | | | |
|--------------------------|--|----------------------|------------------|
| * 申請作業 | <input type="checkbox"/> A. 管理者新申請 ¹ <input type="checkbox"/> B. 管理者註銷 <input type="checkbox"/> C. 已有帳號需增加確診及治療之管理者權限 ² <input type="checkbox"/> D. 確診及治療之管理者權限異動為使用者 ² | | |
| * 業務類別 | <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 肺癌 | | |
| * 申請單位 | 醫事機構名稱： _____ 醫事機構代碼： _____ | | |
| * 所屬部門 | | * 申請人姓名 (正楷) | (應為人名，不得以機構名稱填寫) |
| * 職稱 | | * 申請人帳號 ¹ | |
| * 聯絡電話 | | * 身分證字號 | |
| * E-mail 信箱 ² | (務必留下使用中之電子信箱，以利日後寄發帳號密碼、訊息通知) | | |
| * 申請(註銷)日期 | | 註銷原因 | |
| * 申請人 簽名並蓋章 | _____  | | |
| * 單位主管 簽名並蓋章 | _____  | | |
| 維護廠商 登錄 (由系統廠商填寫) | 姓名： _____ 處理日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 備註： _____ | | |

- 註：1. 若申請作業選擇勾選 **A. 管理者新申請**，申請者填寫申請人帳號需為 6-20 字元且英數混合，密碼由系統亂數產生。
2. 若申請作業選擇勾選 **C. 已有帳號需增加確診及治療之管理者權限/ D. 確診及治療之管理者權限異動為使用者**，申請帳號需填寫已存在於癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統中**本人帳號**，核准後登入即可看到該系統權限，**不另行寄發密碼信或通知**。
3. 務必留下使用中之電子信箱，以利日後寄發密碼、訊息通知。
4. 系統操作如有任何問題，請逕洽系統客服專線：(02)2559-1969#116、117。

口腔癌篩檢追蹤系統

口腔癌項目複、確診單位管理者帳號/權限異動表

* 為必填欄位

| | | | |
|--------------------------|--|----------------------|------------------|
| * 申請作業 | <input type="checkbox"/> A. 管理者新申請 ¹ <input type="checkbox"/> B. 管理者註銷 <input type="checkbox"/> C. 已有帳號需增加確診及治療之管理者權限 ² <input type="checkbox"/> D. 確診及治療之管理者權限異動為使用者 ² | | |
| * 業務類別 | <input type="checkbox"/> 口腔癌 | | |
| * 申請單位 | 醫事機構名稱： _____ 醫事機構代碼： _____ | | |
| * 所屬部門 | | * 申請人姓名 (正楷) | (應為人名，不得以機構名稱填寫) |
| * 職稱 | | * 申請人帳號 ¹ | |
| * 聯絡電話 | | * 身分證字號 | |
| * E-mail 信箱 ² | (務必留下使用中之電子信箱，以利日後寄發帳號密碼、訊息通知) | | |
| * 申請(註銷)日期 | | 註銷原因 | |
| * 申請人 簽名並蓋章 | _____  | | |
| * 單位主管 簽名並蓋章 | _____  | | |
| 維護廠商 登錄 (由系統廠商填寫) | 姓名： _____ 處理日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 備註： _____ | | |

- 註：1. 若申請作業選擇勾選 **A. 管理者新申請**，申請者填寫申請人帳號需為 6-20 字元且英數混合，密碼由系統亂數產生。
2. 若申請作業選擇勾選 **C. 已有帳號需增加確診及治療之管理者權限/ D. 確診及治療之管理者權限異動為使用者**，申請帳號需填寫已存在於口腔癌篩檢追蹤系統中本人帳號，核准後登入即可看到該系統權限，**不另行寄發密碼信或通知**。
3. 務必留下使用中之電子信箱，以利日後寄發密碼、訊息通知。
4. 系統操作如有任何問題，請逕洽系統客服專線：(02)2559-1969#116、117。

大腸癌、子宮頸癌、乳癌、肺癌項目單位切結書

立書切結人_____單位(以下簡稱本單位)因授權/指派本單位人員申請衛生福利部國民健康署(以下簡稱機關)之癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統(以下稱「本系統」,本系統之管理者為資拓宏宇國際股份有限公司,以下簡稱「資拓宏宇」)之帳號,因本單位人員登入本系統而知悉或可得知悉或持有政府公務秘密、業務秘密及個人資料等,為保持其秘密性,本單位同意恪遵本同意書下列各項規定:

- 一、本單位因其人員登入本系統所知悉或持有之所有資訊(包含但不限於所有文件、圖說、檔案、媒體、報表、電腦資料、數據或營業秘密、個人資料等),均應嚴守秘密,負永久之保密責任與義務,僅得利用於所受授權之業務範圍內,絕不洩漏、交付或以其他任何方式使第三人知悉該等秘密。
- 二、本單位僅得於業務目的與範圍內進行相關工作,不得擅自為自己或第三人利用本系統之任何資料,且亦不得有任何損及機關權益之情事。
- 三、對於因登入本系統所得獲取之所有資料,本單位不得私自蒐集、拷貝、留底、藏匿或變造,為自己或第三人利益而作他途使用,亦不得惡意假造資料擾亂資料庫,或以附加、改良為由,自行重製或交付他人使用。
- 四、本單位授權使用人員一覽表如附件,授權使用人員之帳號僅限於其本人於業務範圍內使用,該本人之帳號不得轉讓予他人使用,倘若本單位之授權使用人員因離職等情事發生異動,應於離職生效日或異動生效日15日前通知機關,俾便執行關閉帳號等作業,嗣後若有新進人員有使用需求時,應再向機關重新申請帳號。
- 五、若有涉及個人資料之相關事項,本單位擔保遵行個人資料保護法及其相關規定,並就本合約知悉或保有之個人資料檔案採行適當之安全措施,防止個人資料被竊取、竄改、毀損、滅失或洩漏。
- 六、本單位同意應遵循機關之資訊安全相關規定,不得使用非法軟體、植入木馬或其他入侵程式。
- 七、機關或資拓宏宇得視需要將定期或不定期派員實施查核以確認本單位之相關安全維護行為(包括但不限於個人資料保護與資訊安全維護等)是否符合本合約之規定,本單位應確實配合辦理,提供機關或資拓宏宇書面資料及邀集相關人員列席備詢。上述查核得以不預告之方式進行之,有關稽核缺失本單位應限期改善,不得推諉。
- 八、本單位對其所任用之人員(含合作廠商、下包廠商、策略聯盟廠商及其他相關人員)之行為亦負連帶保證責任。
- 九、若本單位違反以上事項,機關或資拓宏宇得以停權處分,並應賠償機關或資拓宏宇之權益損失,並負擔一切法律責任。

此致

衛生福利部國民健康署

資拓宏宇國際股份有限公司

立切結書單位:

(用印)

代 表 人:

(簽章)

地 址:

中 華 民 國 年 月 日

口腔癌項目單位切結書

立書切結人_____單位(以下簡稱本單位)因授權/指派本單位人員申請衛生福利部口腔健康司(以下簡稱機關)之癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統(以下稱「本系統」,本系統之管理者為資拓宏宇國際股份有限公司,以下簡稱「資拓宏宇」)之帳號,因本單位人員登入本系統而知悉或可得知悉或持有政府公務秘密、業務秘密及個人資料等,為保持其秘密性,本單位同意恪遵本同意書下列各項規定:

- 一、本單位因其人員登入本系統所知悉或持有之所有資訊(包含但不限於所有文件、圖說、檔案、媒體、報表、電腦資料、數據或營業秘密、個人資料等),均應嚴守秘密,負永久之保密責任與義務,僅得利用於所受授權之業務範圍內,絕不洩漏、交付或以其他任何方式使第三人知悉該等秘密。
- 二、本單位僅得於業務目的與範圍內進行相關工作,不得擅自為自己或第三人利用本系統之任何資料,且亦不得有任何損及機關權益之情事。
- 三、對於因登入本系統所得獲取之所有資料,本單位不得私自蒐集、拷貝、留底、藏匿或變造,為自己或第三人利益而作他途使用,亦不得惡意假造資料擾亂資料庫,或以附加、改良為由,自行重製或交付他人使用。
- 四、本單位授權使用人員一覽表如附件,授權使用人員之帳號僅限於其本人於業務範圍內使用,該本人之帳號不得轉讓予他人使用,倘若本單位之授權使用人員因離職等情事發生異動,應於離職生效日或異動生效日15日前通知機關,俾便執行關閉帳號等作業,嗣後若有新進人員有使用需求時,應再向機關重新申請帳號。
- 五、若有涉及個人資料之相關事項,本單位擔保遵行個人資料保護法及其相關規定,並就本合約知悉或保有之個人資料檔案採行適當之安全措施,防止個人資料被竊取、竄改、毀損、滅失或洩漏。
- 六、本單位同意應遵循機關之資訊安全相關規定,不得使用非法軟體、植入木馬或其他入侵程式。
- 七、機關或資拓宏宇得視需要將定期或不定期派員實施查核以確認本單位之相關安全維護行為(包括但不限於個人資料保護與資訊安全維護等)是否符合本合約之規定,本單位應確實配合辦理,提供機關或資拓宏宇書面資料及邀集相關人員列席備詢。上述查核得以不預告之方式進行之,有關稽核缺失本單位應限期改善,不得推諉。
- 八、本單位對其所任用之人員(含合作廠商、下包廠商、策略聯盟廠商及其他相關人員)之行為亦負連帶保證責任。
- 九、若本單位違反以上事項,機關或資拓宏宇得以停權處分,並應賠償機關或資拓宏宇之權益損失,並負擔一切法律責任。

此致

衛生福利部口腔健康司

資拓宏宇國際股份有限公司

立切結書單位:

(用印)

代表人:

(簽章)

地址:

中華民國 年 月 日

本單位授權使用人員一覽表

| 姓名 | 身分證字號 | 職稱 | 備註 |
|----|-------|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

大腸癌、子宮頸癌、乳癌、肺癌項目保密同意暨個人資料提供同意書

茲緣於簽署人_____（簽署人姓名，以下稱簽署人）因受所屬單位_____（以下簡稱本單位）授權/指派申請衛生福利部國民健康署（以下簡稱機關）之癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統（以下稱「本系統」，本系統之管理者為資拓宏宇國際股份有限公司，以下簡稱「資拓宏宇」）之帳號，簽署人因登入本系統而知悉或可得知悉或持有政府公務秘密、業務秘密及個人資料，為保持其秘密性，簽署人同意恪遵本同意書下列各項規定：

第一條 簽署人承諾於對於所得知或持有一切機關未標示得對外公開之公務秘密、業務秘密及個人資料等，以及機關依契約或法令對第三人負有保密義務之公務秘密、業務秘密及個人資料等一切未公開資訊均為重要機密，簽署人及其單位均應以善良管理人之注意妥為保管及確保其秘密性，並限於執行業務之目的範圍內使用之。非經機關事前書面同意，不得為本人或任何第三人之需要而複製、保有、利用該等秘密或將之洩漏、告知、交付第三人或以其他任何方式使第三人知悉或利用該等秘密，或對外發表或出版。

第二條 簽署人知悉或取得機關公務秘密、業務秘密與個人資料等機密資料，應限於其執行本契約所必需且僅限於獲得授權之有效期間內，倘若簽署人離職或因故不再執行此業務，該帳號應向機關申請註銷，無論任何原因均不得轉讓予他人使用。

第三條 簽署人與所屬單位均理解並同意，因持有本系統登入權限而知悉或可得知悉或持有政府公務秘密、業務秘密及個人資料為重要機密，應僅提供、告知有需要知悉該秘密之本單位人員。

第四條 簽署人在下述情況下解除其所應負之保密義務：原負保密義務之資訊，依法令業已解密、依契約機關業已不負保密責任、或已為公眾所知之資訊。

第五條 簽署人若違反本同意書之規定，機關與資拓宏宇得請求簽署人及其任職之廠商賠償機關與資拓宏宇因此所受之損害及追究簽署人洩密之刑責，如因而致第三人受有損害者，簽署人及單位亦應負賠償責任，立切結書人所屬單位應負連帶賠償責任。

第六條 簽署人因本同意書所負之保密義務，不因離職或其他任何原因而失其效力。

第七條 乙方同意機關與資拓宏宇得於符合個人資料保護法規範以及因本業務所需之必要範圍內，蒐集、處理及利用簽署人提供予機關和資拓宏宇之個人資料。簽署人並已充分知悉機關和資拓宏宇依個人資料保護法等法令規定所告知之事項（詳參：蒐集個人資料告知事暨個人資料提供同意聲明書）。

第八條 本同意書若為本單位管理者則一式三份，機關、簽署人及本單位各執存一份；若為本單位使用者則一式兩份，簽署人及本單位各執存一份備查。

簽署人姓名及簽章：

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

單位名稱及蓋章：

單位代表人姓名及簽章：

單位地址：

中 華 民 國 年 月 日

口腔癌項目保密同意暨個人資料提供同意書

茲緣於簽署人_____（簽署人姓名，以下稱簽署人）因受所屬單位_____（以下簡稱本單位）授權/指派申請衛生福利部口腔健康司（以下簡稱機關）之癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統（以下稱「本系統」，本系統之管理者為資拓宏宇國際股份有限公司，以下簡稱「資拓宏宇」）之帳號，簽署人因登入本系統而知悉或可得知悉或持有政府公務秘密、業務秘密及個人資料，為保持其秘密性，簽署人同意恪遵本同意書下列各項規定：

第一條 簽署人承諾於對於所得知或持有一切機關未標示得對外公開之公務秘密、業務秘密及個人資料等，以及機關依契約或法令對第三人負有保密義務之公務秘密、業務秘密及個人資料等一切未公開資訊均為重要機密，簽署人及其單位均應以善良管理人之注意妥為保管及確保其秘密性，並限於執行業務之目的範圍內使用之。非經機關事前書面同意，不得為本人或任何第三人之需要而複製、保有、利用該等秘密或將之洩漏、告知、交付第三人或以其他任何方式使第三人知悉或利用該等秘密，或對外發表或出版。

第二條 簽署人知悉或取得機關公務秘密、業務秘密與個人資料等機密資料，應限於其執行本契約所必需且僅限於獲得授權之有效期間內，倘若簽署人離職或因故不再執行此業務，該帳號應向機關申請註銷，無論任何原因均不得轉讓予他人使用。

第三條 簽署人與所屬單位均理解並同意，因持有本系統登入權限而知悉或可得知悉或持有政府公務秘密、業務秘密及個人資料為重要機密，應僅提供、告知有需要知悉該秘密之本單位人員。

第四條 簽署人在下述情況下解除其所應負之保密義務：原負保密義務之資訊，依法令業已解密、依契約機關業已不負保密責任、或已為公眾所知之資訊。

第五條 簽署人若違反本同意書之規定，機關與資拓宏宇得請求簽署人及其任職之廠商賠償機關與資拓宏宇因此所受之損害及追究簽署人洩密之刑責，如因而致第三人受有損害者，簽署人及單位亦應負賠償責任，立切結書人所屬單位應負連帶賠償責任。

第六條 簽署人因本同意書所負之保密義務，不因離職或其他任何原因而失其效力。

第七條 乙方同意機關與資拓宏宇得於符合個人資料保護法規範以及因本業務所需之必要範圍內，蒐集、處理及利用簽署人提供予機關和資拓宏宇之個人資料。簽署人並已充分知悉機關和資拓宏宇依個人資料保護法等法令規定所告知之事項（詳參：蒐集個人資料告知事暨個人資料提供同意聲明書）。

第八條 本同意書若為本單位管理者則一式三份，機關、簽署人及本單位各執存一份；若為本單位使用者則一式兩份，簽署人及本單位各執存一份備查。

簽署人姓名及簽章：

身分證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

單位名稱及蓋章：

單位代表人姓名及簽章：

單位地址：

中 華 民 國 年 月 日

蒐集個人資料告知事暨個人資料提供同意聲明書

壹、蒐集個人資料告知事項：

衛生福利部國民健康署／衛生福利部口腔健康司（以下簡稱機關）與資拓宏宇國際股份有限公司（以下簡稱資拓宏宇）為遵守個人資料保護法之規定，依法告知下列事項：

一、個人資料蒐集目的及個人資料之類別

機關與資拓宏宇因受理您申請癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統(以下稱「本系統」)之帳號，於肺癌篩檢業務範圍內，而獲取您之下列個人資料：包括但不限於您的姓名、身分證字號等，或其他得以直接或間接方式識別您的個人資料。

二、法令遵循：

機關與資拓宏宇將在遵守個人資料保護法及相關法令之前提下，蒐集、處理及利用您的個人資料。

三、期間及地域：

機關與資拓宏宇將於蒐集目的之存續期間、依相關法令規定或雙方履約所必須之保存期間，合理利用您的個人資料。除蒐集之目的涉及國際業務或活動外，機關與資拓宏宇僅於中華民國領域內利用您的個人資料。

四、個人資料之利用方式：

機關與資拓宏宇將於原蒐集之特定目的之範圍內，符合個人資料保護相關法規所定義，以自動化機器或其他非自動化之利用方式為蒐集、處理、利用。

五、個人得依個人資料保護法第 3 條之行使之權利內容及方式

您可以依個人資料保護法之規定，於符合法令規定之情況下以書面就您的個人資料向資拓宏宇行使下列權利：

- (一) 查詢或請求閱覽
- (二) 請求製給複製本
- (三) 請求補充或更正
- (四) 請求停止蒐集、處理及利用
- (五) 請求刪除

您因行使上述權利可能會導致系統操作等權益產生減損，並可能導致機關與資拓宏宇無法或無法繼續與您進行各項接觸、磋商、聯繫、或系統使用等行為。另依個人資料保護法第 14 條規定，機關與資拓宏宇得酌收行政作業費用。

六、提供資料之正確性

若您未提供正確之個人資料，機關與資拓宏宇將無法或無法繼續執行您所申請之相關業務，或導致履約權益發生減損。

七、機關與資拓宏宇之監督之責

機關與資拓宏宇因業務需要而委託其他單位處理您的個人資料時，將善盡監督之責。

定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

個案確診結果

113 年 1 月修訂

基本資料

姓名：_____

出生日期：民國_____年_____月_____日

身分證統一編號/統一證號(外籍)：_____

檢查醫療院所名稱代碼：_____，門診日期：民國_____年_____月_____日。

個案確診結果

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ① 沒有； ② 有。
 2. 沒有接受確診理由為： ① 無法聯繫， ② 出國， ③ 搬家， ④ 死亡， ⑤ 拒做， ⑥ 其他_____。
 3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____，確診日期：民國_____年_____月_____日。
 4. 檢查方法： ① 大腸鏡， ② 乙狀結腸鏡加大腸鉬劑攝影， ③ 乙狀結腸鏡， ④ 大腸鉬劑攝影， ⑤ 其他_____。
 5. 診斷： ① 正常， ② 痔瘡， ③ 潰瘍性大腸炎
 ④ 瘻肉， ⑤ 大腸癌， ⑥ 其他_____。
- *如有瘻肉，瘻肉有無切除： ① 未切除， ② 已完全切除， ③ 未完全切除。
6. 癌症治療： ① 無，原因：_____
 - ② 有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：_____。

※本表由原篩檢醫事服務機構依據接受轉診之確診醫事服務機構通知確診結果上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。可委請通過國健署認可的醫事檢驗機構辦理本項檢驗與資料上傳。

定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單
大腸鏡確診結果

113 年 1 月修訂

基本資料
 姓名：_____ 性別：男 女
 出生日期：民國_____年_____月_____日
 身分證統一編號/統一證號(外籍)：_____
 檢查醫療院所名稱代碼：_____，門診日期：民國_____年_____月_____日

大腸鏡等確診結果
 1. 院名稱及代碼：_____
 2. 大腸鏡檢日期(民國_____年_____月_____日)
 3. 檢查方法(可複選)：①大腸鏡，②乙狀結腸鏡，③大腸鉬劑攝影，④其他
 4. 大腸鏡伸入最深位置：⑩末端迴腸，⑪盲腸，⑫升結腸，⑬肝彎，⑭橫結腸，⑮脾彎，⑯降結腸，⑰乙狀結腸，⑱直腸，⑲外科手術接合處，⑩肛門口。
 5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④瘻肉，⑤大腸癌，⑥其他_____。
 a. 如有瘻肉，數目_____顆，最大_____公分(小數點 1 位)
 b. 瘻肉切除：①未切除，②已完全切除，③未全數切除，尚餘_____顆，
④瘻肉未完整切除。
 c. 有無檢體：①無檢，②有檢體

6. 病理報告
 病理機構代碼：_____
 病理報告日期(民國_____年_____月_____日)
 檢體編號： (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體)
 病灶位置：⑩末端迴腸 ⑪迴盲瓣 ⑪盲腸
⑫升結腸⑬肝彎⑭橫結腸⑮脾彎⑯降結腸⑰乙狀結腸⑱直腸乙狀結腸接合處
⑱直腸⑲外科手術接合處⑩肛門口⑲檢體位置不明(檢體位置不明，登記檢體距離肛門口_____公分)
 檢體病理報告(請逐顆登錄)：
①**Adenomatous polyp:**
①a Tubular adenoma
①b Tubulovillous adenoma
①c Villous adenoma
 High-grade dysplasia in adenoma
①0 Not identified
①1 Present
②**Serrated lesion and polyp:**
①a Hyperplastic polyp
①b1 Sessile serrated lesion
①b2 Sessile serrated adenoma with dysplasia
①c Traditional serrated adenoma
①d Unclassified serrated adenoma
③**Adenocarcinoma : 若為 Mucosal/submucosal resection specimen 需填寫 C-G**
 A Histological type:
①a Adenocarcinoma, no specific subtype
①b Mucinous adenocarcinoma
①c Signet-ring cell carcinoma
①d Medullary carcinoma
①e Serrated adenocarcinoma
①f Micropapillary adenocarcinoma
①g Adenoma-like adenocarcinoma
①h Adenosquamous carcinoma
①i Carcinoma with sarcomatoid components
①j Undifferentiated carcinoma
 B Histological grade
①0 Gx ①1 Low-grade ①2 High-grade

C Deep of invasion
 Polypoid lesion: Haggitt's classification level
①1 ②2 ③3 ④4 ⑤Cannot be assessed
 Sessile lesion (Submucosal invasion)
①≤1mm ②>1mm

D Angiolymphatic invasion
①not identified ②present ③Cannot be assessed

E Margins
①Cannot be assessed ②Involved ③Uninvolved but ≤1mm in distance
④Uninvolved and >1mm in distance

F Tumor budding
①Bd1 (low): 0-4 buds ②Bd2(intermediate): 5-9 buds
③Bd3: (high): >+10 buds ④Cannot be assessed

G Specimen adequate for evaluation of histological markers
①Adequate
②Inadequate(原因:①fragmentation ②extensive cauterization ③poor orientation)

④ **Neuroendocrine neoplasm :**
a Neuroendocrine tumor
0 Gx ① G1 ② G2 ③ G3
b Large cell neuroendocrine carcinoma
c Small cell neuroendocrine carcinoma
d Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)

⑤ **Haematolymphoid tumor :**
a B-cell lymphoma
b T-cell and NK-cell lymphoma
c Others

⑥ **Hamartomatous polyp :**
a Juvenile polyp/retention polyp
b Peutz-Jeghers polyp

⑦ **Inflammatory polyp/Prolapse-type polyp :**

⑧ **Colitis**

⑨ **Other :** _____

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行切片確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

大腸鏡報告 Colonoscopy Report

113年1月修訂

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行大腸鏡確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

| | |
|--|---|
| 個人基本資料(必要): | 適應症(Indication) (必要): |
| 身分證字號: _____ 性別: <input type="checkbox"/> ①男 <input type="checkbox"/> ②女 姓名: _____ 出生年月日: 西元_____年_____月_____日 年齡: _____ | <input type="checkbox"/> ①國民健康署糞便潛血檢查陽性 檢查醫療院所名稱代碼: _____ 門診日期: 西元_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> ②自費健康檢查 <input type="checkbox"/> ⑨其他臨床目的施行之大腸鏡 (有下拉選項, 選擇) |

大腸鏡檢醫事機構代碼(必要): _____

病歷號碼(必要): _____

大腸鏡檢檢查日期(必要): 西元_____年_____月_____日

檢查醫師姓名(必要): _____

檢查醫師科別(必要): ①消化腸胃系內科 ②大腸直腸外科 ③一般外科
⑨其他科別 _____

時間登錄(24小時制): (選擇)

檢查開始時間: _____時_____分_____秒

檢查至盲腸時間: _____時_____分_____秒

檢查結束時間: _____時_____分_____秒

大腸鏡伸入位置(Insertion level)最深位置(必要):

- ⑩ Terminal ileum ⑪ Cecum ⑫ Ascending colon ⑬ Hepatic flexure
⑭ Transverse colon ⑮ Splenic flexure ⑯ Descending colon ⑰ Sigmoid colon
⑱ Rectum ⑲ Anastomosis ⑲ Anus

檢查前用藥(Premedication)(必要):

止痙攣藥物: ①無(有下拉選項, 選擇) ①有

止痛鎮靜藥物: ①無 ①有(有下拉選項, 選擇)

清腸用藥(Colon cleansing agent) (必要): (可複選)

- ① PEG-ELS 類 ② Phosphosoda 類 ③ Magnesium citrate 類 ④ Castor oil
⑤ Dulcolax ⑥ Enema ⑨ 其他

清腸給藥時間(Preparation time): (選擇)

① Morning single dose ② Evening single dose ③ Split dose

清腸程度(Colon cleansing level) (必要):

① 良好(Excellent) ② 適當(Good) ③ 尚可(Fair) ④ 不良(Poor)

抗凝血藥物(Anti platelet/Coagulant): (選擇)

① 無 ① 有(有下拉選項, 選擇) ② 不知道(或不清楚吃何藥)

大腸鏡檢後併發症(Complication) (必要): (可複選)

- ① Nil ① Significant bleeding ② Perforation ③ Cardiopulmonary complication
⑨ 其他

檢體總數(必要)： 類(含增生性瘻肉)

| | |
|----------------------------------|--|
| 臨床診斷(內視鏡診斷)結果 (必要) | |
| <input type="checkbox"/> A 正常 | (選擇) <input type="checkbox"/> 01 Negative finding <input type="checkbox"/> 02 Negative finding in the observable segments <input type="checkbox"/> 07 Poor preparation |
| <input type="checkbox"/> B 痔瘡 | (選擇) <input type="checkbox"/> 04 External hemorrhoids <input type="checkbox"/> 05 Mixed hemorrhoids <input type="checkbox"/> 06 Internal hemorrhoids |
| <input type="checkbox"/> C 瘻肉 | <input type="checkbox"/> 1 增生性瘻肉 (選擇) <input type="checkbox"/> 03 Hyperplastic polyp |
| | <input type="checkbox"/> 2 腺瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> 08 Tubular adenoma <input type="checkbox"/> 09 Tubulovillous adenoma <input type="checkbox"/> 10 Villous adenoma <input type="checkbox"/> 11 Sessile serrated adenoma <input type="checkbox"/> 12 Traditional serrated adenoma <input type="checkbox"/> 64 post-treatment residual neoplasm |
| | <input type="checkbox"/> 3 其他瘻肉 (選擇) <input type="checkbox"/> 13 Inflammatory polyp <input type="checkbox"/> 32 Juvenile polyp <input type="checkbox"/> 33 Peutz-Jeghers syndrome <input type="checkbox"/> 51 Colon polyposis, familial <input type="checkbox"/> 52 Colon polyposis |
| <input type="checkbox"/> D 腫瘤 | <input type="checkbox"/> 1 疑似惡性腫瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> 14 Early colorectal cancer <input type="checkbox"/> 15 Advanced colorectal cancer |
| | <input type="checkbox"/> 2 其他腫瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> 34 Lymphangioma <input type="checkbox"/> 35 Lipoma <input type="checkbox"/> 36 Carcinoid <input type="checkbox"/> 44 Submucosal tumor <input type="checkbox"/> 53 Colon MALToma |
| <input type="checkbox"/> E 發炎/潰瘍 | (選擇) <input type="checkbox"/> 16 Colitis <input type="checkbox"/> 17 Non-specific colitis <input type="checkbox"/> 18 Ischemic colitis <input type="checkbox"/> 19 Infectious colitis <input type="checkbox"/> 20 Amebic colitis <input type="checkbox"/> 21 Ulcerative colitis <input type="checkbox"/> 22 Radiation colitis <input type="checkbox"/> 23 Pseudo-membranous colitis <input type="checkbox"/> 24 Drug induce colitis <input type="checkbox"/> 25 Cytomegalovirus colitis <input type="checkbox"/> 26 GVHD related colitis <input type="checkbox"/> 27 Crohn's disease <input type="checkbox"/> 40 Colonic ulcer <input type="checkbox"/> 47 Bechet's disease <input type="checkbox"/> 54 Proctitis <input type="checkbox"/> 55 Hemorrhagic colitis <input type="checkbox"/> 56 Colitis aphthosa |
| <input type="checkbox"/> F 其他異常 | (選擇) <input type="checkbox"/> 28 Colonic diverticulum <input type="checkbox"/> 29 Colonic diverticulosis <input type="checkbox"/> 31 Melanosis coli <input type="checkbox"/> 38 Xanthoma <input type="checkbox"/> 39 S/P partial colectomy <input type="checkbox"/> 40 S/P left hemicolectomy <input type="checkbox"/> 41 S/P right hemicolectomy <input type="checkbox"/> 42 Situs inversus <input type="checkbox"/> 43 Colonic wall cyst <input type="checkbox"/> 45 Angiodysplasia (angiectasia) <input type="checkbox"/> 46 Lymphoid follicles <input type="checkbox"/> 47 Operation scar <input type="checkbox"/> 48 Suture granuloma <input type="checkbox"/> 49 Petechia <input type="checkbox"/> 50 Colonic tuberculosis <input type="checkbox"/> 57 Amyloidosis <input type="checkbox"/> 58 Mega colon <input type="checkbox"/> 59 Rectal varices <input type="checkbox"/> 60 Mucosa prolapse <input type="checkbox"/> 61 Intussusception <input type="checkbox"/> 62 colon fistula <input type="checkbox"/> 63 post endoscopy treatment scar <input type="checkbox"/> 65 Colonic stricture |
| <input type="checkbox"/> G 其他診斷 | 請填寫說明(必要)： _____ |

第 N 個病灶處位置(必要)：

- 00 Terminal ileum 01 ICV 01 Cecum 02 Ascending colon 03 Hepatic flexure
04 Transverse colon 05 Splenic flexure 06 Descending colon 07 Sigmoid colon
12 Rectosigmoid junction(RSJ) 08 Rectum 09 Anastomosis 10 Anus
09 位置不明(若位置不明，請登記病灶距離肛門口 _____ 公分)

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者，病灶處位置無需填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且②其他腫瘤者，病灶處位置可不填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且①疑似惡性腫瘤者，病灶處位置必填且應為單選；其餘診斷得複選

第 N 個病灶處處置(必要)：(可複選)

- ⑩ Nil(未處置) ⑪ S/p biopsy ⑫ S/p hot snare polypectomy ⑬ S/p cold snare polypectomy
⑭ S/p EMR(Endoscopic mucosal resection) ⑮ S/p ESD(Endoscopic submucosal dissection)
⑯ S/p hemostasis ⑰ S/p biopsy and removal ⑱ S/p hot biopsy and removal ⑲ S/p hemoclipping
⑳ S/p tattooing ㉑ S/p stenting
㉒ S/p endolooping ㉓ S/p EPMR(Endoscopic piecemeal mucosal resection)
㉔ APC (argon plasma coagulation) ㉕ Other(其他處置)

第 N 個病灶處未處置(Nil)原因(必要)：(可複選)

- ㉖ Use of anti-platelet or anti-coagulant
㉗ Unexpected trouble during management (cardiopulmonary event, other complication, mechanical trouble, etc.)
㉘ Difficulty in management (will resect at another session of colonoscopy)
㉙ Difficulty in management (refer to other hospital)
㉚ Difficulty in management (refer for surgery)
㉛ Consent not obtained from the patient
㉜ Patient's schedule does not match (will resect at another session of colonoscopy)
㉝ Others

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者，病灶處處置及未處置(Nil)原因無需填寫
 ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且②其他腫瘤者，病灶處處置及未處置(Nil)原因可不填寫；「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且①疑似惡性腫瘤者病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因必填

第 N 個病灶處有無檢體(必要)：

- ① 無檢體 ② 有檢體(無檢體以下無需填寫)

檢體大小(內視鏡下大小)： 公分(小數點 1 位)

檢體編號： (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體)

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者，有無檢體無需填寫
 ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且②其他腫瘤者，有無檢體可不填寫
 ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且①疑似惡性腫瘤者，有無檢體必填且檢體必須逐顆呈現

註 1：若病灶不止一個，請再自行增加欄位。

註 2：若臨床診斷(內視鏡診斷)診斷為「增生性瘻肉」，得無須送驗檢體；惟，需算在總顆數內。

註 3：若無病灶完全正常者，至少應附 8 張照片(盲腸、升結腸、肝彎曲、橫結腸、脾彎曲、降結腸、乙狀結腸、直腸)；若有病灶，應附病灶照片。(照片無須上傳，留於醫院存查)

註 4：清腸程度

- (1)良好(Excellent)：僅有少量的清澈糞水，且 95% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
 (2)適當(Good)：較多量的清澈糞水佔據小於 25% 的黏膜，且 90% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
 (3)尚可(Fair)：半固體的糞便可被清除，清洗後 90% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
 (4)不良(Poor)：半固體的糞便無法被清除，且不到 90% 的腸道黏膜可被清楚觀察。

註 5：併發症 Significant bleeding 瘻肉切除後發生出血情形

- (1)中度(Moderate)：達輸血治療者。
 (2)重度(Severe)：接受介入性治療者，例如：經血管攝影栓塞、外科手術等。

口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

個案複檢（確診）結果

基本資料

姓名：_____原住民：是；否 性別：男 女

出生日期：民國_____年_____月_____日

身分證統一編號/統一證號(外籍)_____

聯絡電話：() _____；手機：_____

現居住地址：_____

B:個案複檢（確診）結果

1.前項檢查疑似異常個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續複檢（確診）？①沒有；②有。2.沒有接受複檢(確診)理由為：①無法聯繫；②出國；③搬家；④死亡；⑤拒做；⑥其他

3.複檢（確診）醫院名稱及代碼：_____，

複檢（確診）日期：民國_____年_____月_____日

4.病理切片：①無；②有。5.診斷結果：③無明顯異常，

經臨床診斷（複檢）為非口腔癌之其他口腔病變：

④無明顯異常⑤疑似口腔癌⑥紅斑⑦紅白斑⑧非均質性白斑⑨均質性厚白斑⑩均質性薄白斑⑪疣狀增生⑫口腔黏膜下纖維化症⑬扁平苔癬或類扁平苔癬反應⑭其他_____。經病理診斷(確診)為：⑮口腔癌；⑯上皮變異（⑰輕度⑱中度㉑重度）；⑲其他：_____

6.治療：

①無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入②有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼_____③個案拒絕治療，理由_____

※本表由原篩檢醫事服務機構依據接受轉診之確診醫事服務機構通知確診結果上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果

113 年 1 月修訂

複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____

複檢(確診)日期：民國_____年_____月_____日

臨床診斷(複檢)結果

- 00 無明顯異常 20 疑似口腔癌 12 紅斑 13 紅白斑 08 非均質性白斑 09 均質性厚白斑
 10 均質性薄白斑 14 疣狀增生 15 口腔黏膜下纖維化症 16 扁平苔癬或類扁平苔癬反應(lichen planus, lichenoid reaction) 99 其他_____

病理診斷(確診)結果 病理切片： 0 無， 1 有

- 00 正常
 2 上皮過度角化或上皮增生(Hyperkeratosis and/or epithelial hyperplasia)
 3 輕度上皮變異(Mild dysplasia, SIN1, basal cell hyperplasia)
 4 中度上皮變異(Moderate dysplasia, SIN2-high-grade)
 5 重度上皮變異(Severe dysplasia, SIN3-high-grade)
 6 原位癌(Carcinoma in situ)
 7 口腔鱗狀細胞癌(Oral Squamous cell carcinoma, including verrucous carcinoma, adenosquamous carcinoma)
 8 其他惡性度未定之非鱗狀上皮病變(squamous lesions with uncertain malignant potential, including salivary gland neoplasm, atypical spindle cells, atypical lymphoid cells...)
 9 其他良性病變(other benign lesions)
 10 非典型鱗狀病變，惡性度未定(Atypical squamous lesions or atypia with uncertain malignant potential)
 11 口咽鱗狀細胞癌(Oropharyngeal squamous cell carcinoma)
 P16 陽性鱗狀細胞癌(P16-positive squamous cell carcinoma)
 P16 陰性鱗狀細胞癌(P16-negative squamous cell carcinoma)
 12 其他惡性腫瘤(Others malignant tumors: salivary gland carcinoma, other carcinoma, sarcoma lymphoma, melanoma...)
 14 疣狀病變/增生(Verrucous lesion, Verrucous hyperplasia, atypical verrucous hyperplasia)
 15 口腔黏膜下纖維化症(Oral submucous fibrosis)
 16 扁平苔癬或類扁平苔癬反應(lichen planus, lichenoid reaction)
 99 其他(others) _____

複檢(確診)醫師簽名(蓋章)：_____，執業執照號碼：_____

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之切片確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

1. 個案姓名：_____

2. 出生日期：民國_____年_____月_____日

3. 身分證統一編號或統一證號：

4. 切片病理編號：_____

5. 切片採檢機構：_____

6. 切片判讀機構：_____

7. 切片日期：民國_____年_____月_____日

8. 切片報告日期：民國_____年_____月_____日

9. 病歷號：_____

10. 國籍別： 1 本國人士 2 外籍人士

11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填04、05) 組織部位 1 組織部位 2

01 子宮頸 04 子宮內頸 05 子宮外頸

02 陰道 (備註：子宮頸全切除者申報陰道切片)

03 子宮內膜

12. 手術方式： 手術方式 1 手術方式 2

01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式

02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式

03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式

04 子宮頸管搔刮術 (Endocervical curettage, ECC)

05 子宮內膜搔刮術 (Dilatation and curettage, D&C)

說明：部位為子宮頸，手術方式可選填 01、02、03、04
 部位為子宮內頸，手術方式可選填 01、02、03、04
 部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03
 部位為內膜，手術方式可選填 01、05
 部位為陰道，手術方式可選填 01、03

13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）： 切片結果 1 切片結果 2

00 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)

01 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)

02 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1)

03 Moderate dysplasia (CIN2; HSIL; VaIN2)

04 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3)

05 Squamous cell carcinoma

06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia

07 Adenocarcinoma in situ

08 Adenocarcinoma

09 Adenosquamous carcinoma

10 Carcinoma (NOS, or other specific type)

11 Mesenchymal tumor, benign

12 Mesenchymal tumor, malignant

14 Squamous cell atypia / ASCUS

15 Dysplasia, Severity can not be determinated

88 Inadequate specimen Others1

99 Others : _____ Others2

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行切片確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

113 年 1 月修訂

| 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：□□□□□□ | | | | 路 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 |
| | 縣 | 市鄉 | 村 | 市 | | | | | | |
| 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) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (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 (確診或確診及治療醫院填寫) | | | | | | | | | | |
| 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) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查(6 至 12 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 (6 至 12 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) | x x 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 | |

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行複檢或確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

肺癌早期偵測計畫疑似異常個案追蹤表

113 年 1 月修訂

| 個案基本資料 (攝影醫院填寫) | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|-----------|--------|---|---|---|---|--|
| 姓名 | 性 <input type="checkbox"/> 男 別 <input type="checkbox"/> 女 | | 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 | |
| 低劑量電腦斷層攝影檢查結果 (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 | | |
| LDCT 攝影檢查結果 | Modified Lung-RADS Category <input type="checkbox"/> 0 ; <input type="checkbox"/> 1, 2 ; <input type="checkbox"/> 3 ; <input type="checkbox"/> 4A; <input type="checkbox"/> 4B/4X | | | | | | | | |
| 低劑量電腦斷層攝影檢查評估結果 (攝影醫院填寫) | | | | | | | | | |
| 評估醫師 | | | | 評估日期 | 年 | 月 | 日 | | |
| 胸腔專科醫師評估依據及結果 | <input type="checkbox"/> 原 LDCT 影像 | <input type="checkbox"/> 需之前影像對照。或攝影品質不佳，應重作低劑量電腦斷層檢查 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 每 2 年定期低劑量電腦斷層檢查 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 6 個月後檢查追蹤 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 3 個月後檢查追蹤 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 需進行確診程序 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 另進行 CT 等檢查 | <input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估__個月後檢查追蹤 (請填 3 或 6 或 24) | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估需進行確診程序 | | | | | | | |
| 重作或 3/6 個月後檢查追蹤結果 (追蹤醫院填寫) | | | | | | | | | |
| 追蹤醫院名稱 | | | | 醫事機構代碼 | | | | | |
| 追蹤日期 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 重作或追蹤之評估依據及結果 | <input type="checkbox"/> 本次檢查影像 | <input type="checkbox"/> 每 2 年定期低劑量電腦斷層檢查 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 1 年後檢查追蹤 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 6 個月後檢查追蹤 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 3 個月後檢查追蹤 | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 需進行確診程序 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 另進行 CT 等檢查 | <input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估__個月後檢查追蹤 (請填 3 或 6 或 12 或 24) | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估需進行確診程序 | | | | | | | |
| 肺癌篩檢疑似異常個案之確診檢查結果 (確診及治療醫院填寫) | | | | | | | | | |
| 確診及治療醫院名稱 | | | | 醫事機構代碼 | | | | | |
| 確診程序執行日期 | 年 | 月 | 日 | 確定診斷 | <input type="checkbox"/> 非肺癌； <input type="checkbox"/> 肺癌 | | | | |
| 確診方式 (可複選) | <input type="checkbox"/> 手術切除或切片； <input type="checkbox"/> 電腦斷層指引切片； <input type="checkbox"/> 支氣管鏡檢查切片； <input type="checkbox"/> 超音波檢查切片； <input type="checkbox"/> 細胞學診斷 (含 bronchial washing/ brushing、胸水、痰液等)； <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | | | |
| 非肺癌個案診斷 (可複選) | <input type="checkbox"/> 感染及發炎； <input type="checkbox"/> 肺結核； <input type="checkbox"/> 纖維化； <input type="checkbox"/> 塵肺病； <input type="checkbox"/> COPD； <input type="checkbox"/> 支氣管疾病； <input type="checkbox"/> 血管瘤； <input type="checkbox"/> AAH (Atypical adenomatous hyperplasia)； <input type="checkbox"/> 轉移性腫瘤(原發部位_____)； <input type="checkbox"/> 不明； <input type="checkbox"/> 良性或無異常； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請填 ICD 碼，若無，則補充說明) | | | | | | | | |
| 非肺癌個案處置(可複選) | <input type="checkbox"/> 手術切除； <input type="checkbox"/> 追蹤； <input type="checkbox"/> 藥物治療； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請補充說明) | | | | | | | | |
| 組織學分類(Histology type) | <input type="checkbox"/> 肺腺癌； <input type="checkbox"/> 鱗狀細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 神經內分泌細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 小細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | | | |
| 肺腺癌分類 | <input type="checkbox"/> 原位癌(Carcinoma in situ)； <input type="checkbox"/> 微侵襲性癌(Minimal invasive carcinoma)； <input type="checkbox"/> 侵襲性癌(Invasive carcinoma) | | | | | | | | |
| 手術切除治療情形及手術病理結果 (須具病理診斷報告) | <input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 經評估不適合手術； <input type="checkbox"/> 其他(請說明理由)：_____ | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 有：日期_____年_____月_____日；主治醫師_____ | | | | | | | | |
| | 手術醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____。 | | | | | | | | |
| | 腫瘤大小(Size) | mm × | mm × | mm | | | | | |
| | 病理分期(Pathological Stage) | T： | N： | M： | Stage： | | | | |
| | 無手術病理結果者，請填臨床分期 Stage： | | | | | | | | |
| 其他癌症治療 (可複選) | <input type="checkbox"/> 放射線治療； <input type="checkbox"/> 化學治療； <input type="checkbox"/> 標靶治療； <input type="checkbox"/> 免疫治療； <input type="checkbox"/> 局部消融治療 | | | | | | | | |
| | 治療日期：_____年_____月_____日，主治醫師_____ | | | | | | | | |
| | 治療醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____ | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 未治療 | | | | | | | | |

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行追蹤或確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。