歷、第三聯繳回衛生局



衛生局核對第一聯與第三聯資料是否相符,且該新住民確實完成採血且檢驗結 果登錄於結核病追蹤管理系統,後續統一通知轉介單位/轉介者請款

113年新住民潛伏結核感染檢驗(LTBI)專案轉介單及同意書

轉	介	單	位	填	寫	欄	位
所屬單	位(醫院/團兒	體/個人)		轉介日期			
	姓名			聯絡電話			
	傳真電話			E-mail			
	身分證			出生年月日			

※由臺南市政府衛生局後續確認是否符合採血資格並完成採血,將統一通知請款方式。

被	轉	介	者	基	本	資	料
	姓名			連絡電話(家)		
	身分證			手機			
	國籍			出生年月	日		
	入境日期			現居地址	Ł		

※僅限111年至112年未曾採血檢驗者。

台

南

市

政

府

- ※各區衛生所聯絡電話如下表【至衛生所抽血前請務必先致電聯繫】
- ※請攜帶此轉介單及「<u>健保卡」</u>並按指定時間至衛生所「<u>免費」</u>進行相關檢驗,將贈送<u>超商禮券</u>或 精美衛教宣導品乙份!

【IGRA自費市價約3,000元,預防性治療依處方不同,藥費最高價值約5,000元!】

單位名稱	電話								
東區	06-2674085	永康區	06-2326507	麻豆區	06-5722215	學甲區	06-7833359	歸仁區	06-2393309
南區	06-2618578	新化區	06-5905398	下營區	06-6892149	新營區	06-6355696	關廟區	06-5952395
中西區	06-2252403	善化區	06-5837035	六甲區	06-6982013	鹽水區	06-6521041	龍崎區	06-5941397
北區	06-2252404	新市區	06-5992504	官田區	06-5791493	白河區	06-6852024	楠西區	06-5751006
安平區	06-2996885	安定區	06-5922022	大內區	06-5761044	柳營區	06-6220464	南化區	06-5771139
安南區	06-2567406	山上區	06-5781013	佳里區	06-7224106	後壁區	06-6872624	左鎮區	06-5731114
仁徳區	06-2704153	五井區	06-5742275	西港區	06-7952338	東山區	06-6802618	七股區	06-7872277
將軍區	06-7942007	北門區	06-7862043						

※抽血同意欄位(檢驗時間經	勺為14個日曆天 ,	,陽性者	將由衛	生所進行通	知,陰性者	不另外	知會)※
□本人	(3	簽名)	只要抽 1	次血(約4-5	occ),就可	以知道身	體裡面有
□法定代理人【或家屬】	(簽	(名)	沒有被結	核菌感染【	感染≠發病	,感染者	不具傳染
			力】。檢	查結果為陽	性者,可提	供預防性	藥物治
		;	療,接受	治療可以避	免以後發病	變成結核	病人。
□已了解相關檢驗事宜,後續	由衛生單位協助	力進行潛	伏結核原	感染抽血檢 專	儉 ,若檢查	陽性者:	,將轉介醫
師評估,是否進行預防性藥物	勿治療。						
払 驗留位:	區街上的	已出抽驗	· 日	中莊民國	年	日	П

衛

生

局

關

Ü

您

您

113年新住民潛伏結核感染檢驗(LTBI)專案轉介單及同意書

轉	介	單	位	填	寫	欄	位
所屬單位	1(醫院/團體	豐/個人)		轉介日期			
	姓名			聯絡電話			
	傳真電話			E-mail			
	身分證			出生年月日			

※由臺南市政府衛生局後續確認是否符合採血資格並完成採血,將統一通知請款方式。

被	轉	介	者	基	本	資	料
	姓名			連絡電話(家)		
;	身分證			手機			
	國籍			出生年月	日		
λ	境日期			現居地址	ıŁ		

※僅限111年至112年未曾採血檢驗者。

抽驗單位:

南

市

政

府

- ※各區衛生所聯絡電話如下表【至衛生所抽血前請務必先致電聯繫】
- ※請攜帶此轉介單及「<u>健保卡」</u>並按指定時間至衛生所「<u>免費」</u>進行相關檢驗,將贈送<u>超商禮券</u>或 精美衛教宣導品乙份!

【IGRA自費市價約3,000元,預防性治療依處方不同,藥費最高價值約5,000元!】

		124 · 4 = 7 =		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		214	24 (101 4 124		
單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話
東區	06-2674085	永康區	06-2326507	麻豆區	06-5722215	學甲區	06-7833359	歸仁區	06-2393309
南區	06-2618578	新化區	06-5905398	下營區	06-6892149	新營區	06-6355696	關廟區	06-5952395
中西區	06-2252403	善化區	06-5837035	六甲區	06-6982013	鹽水區	06-6521041	龍崎區	06-5941397
北區	06-2252404	新市區	06-5992504	官田區	06-5791493	白河區	06-6852024	楠西區	06-5751006
安平區	06-2996885	安定區	06-5922022	大內區	06-5761044	柳營區	06-6220464	南化區	06-5771139
安南區	06-2567406	山上區	06-5781013	佳里區	06-7224106	後壁區	06-6872624	左鎮區	06-5731114
仁德區	06-2704153	五井區	06-5742275	西港區	06-7952338	東山區	06-6802618	七股區	06-7872277
將軍區	06-7942007	北門區	06-7862043						

※抽血同音欄位	(檢驗時間約為14個日歷天	,陽性者將由衛生所進行通知	,险性去不另外知会)※
~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~			? 法住在小刀刀严胃 / %

□本人	(簽名)	只要抽 1 次血(約4-5cc),就可以知道身體裡面有
□法定代理人【或家屬】	(簽名)	沒有被結核菌感染【感染≠發病,感染者不具傳染
		力】。檢查結果為陽性者,可提供預防性藥物治
		療,接受治療可以避免以後發病變成結核病人。
□已了解相關檢驗事宜,	後續由衛生單位協助進行潛	<b></b>
<b>師評估,是否進行預防性</b>	藥物治療。	

衛

完成抽驗日期:中華民國

4

局

關

## 113年新住民潛伏結核感染檢驗(LTBI)專案轉介單及同意書

轉	介	單	位	填	寫	欄	位
所屬單	-位(醫院/團	體/個人)			轉介日期		
	姓名				聯絡電話		
	傳真電話				E-mail		
	身分證				出生年月日		

※由臺南市政府衛生局後續確認是否符合採血資格並完成採血,將統一通知請款方式。

被	轉	介	者	基	本	資	料
	姓名			連絡電	話(家)		
	身分證			手材	幾		
	國籍			出生年	-月日		
	入境日期			現居力	也址		

※僅限111年至112年未曾採血檢驗者。

台

南

市

※各區衛生所聯絡電話如下表【至衛生所抽血前請務必先致電聯繫】

政

府

※請攜帶此轉介單及「<u>健保卡」</u>並按指定時間至衛生所「<u>免費」</u>進行相關檢驗,將贈送<u>超商禮券</u>或 精美衛教宣導品乙份!

### 【IGRA自費市價約3,000元,預防性治療依處方不同,藥費最高價值約5,000元!】

單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話	單位名稱	電話
東區	06-2674085	永康區	06-2326507	麻豆區	06-5722215	學甲區	06-7833359	歸仁區	06-2393309
南區	06-2618578	新化區	06-5905398	下營區	06-6892149	新營區	06-6355696	關廟區	06-5952395
中西區	06-2252403	善化區	06-5837035	六甲區	06-6982013	鹽水區	06-6521041	龍崎區	06-5941397
北區	06-2252404	新市區	06-5992504	官田區	06-5791493	白河區	06-6852024	楠西區	06-5751006
安平區	06-2996885	安定區	06-5922022	大內區	06-5761044	柳營區	06-6220464	南化區	06-5771139
安南區	06-2567406	山上區	06-5781013	佳里區	06-7224106	後壁區	06-6872624	左鎮區	06-5731114
仁徳區	06-2704153	五井區	06-5742275	西港區	06-7952338	東山區	06-6802618	七股區	06-7872277
將軍區	06-7942007	<b>北門區</b>	06-7862043						

※抽血同意欄位 (檢驗時間約為14個日曆天,陽性者將由衛生所進行通知,陰性者不另外知會)※						
□本人	(簽名)	只要抽 1 次血(約4-5cc),就可以知道身體裡面有				
□法定代理人【或家屬】	(簽名)	沒有被結核菌感染 【感染≠發病,感染者不具傳染				
		力】。檢查結果為陽性者,可提供預防性藥物治				
		療,接受治療可以避免以後發病變成結核病人。				

□已了解相關檢驗事宜,後	續由衛生單位協	岛助進行潛伏結核感染抽血檢驗	,若檢查	陽性者	,將轉介醫
師評估,是否進行預防性藥	物治療。				
抽驗單位:	區衛生所	完成抽驗日期:中華民國	年	月	日

衛

生

局

關

您