肉毒桿菌抗毒素之申請方式及儲備單位

● 如何申請肉毒桿菌抗毒素？

衛生署疾病管制局儲備有防疫特殊用藥三價肉毒桿菌抗血清（A、B 與 E 型），簡稱肉毒桿菌抗毒素。其申請方式為通報醫師依治療需要擬對可疑或確定肉毒桿菌中毒個案施行特定療法時，請先聯繫轄區之儲備單位聯絡人，經由本局防疫醫師與主治醫師討論後，如本局同意提供肉毒桿菌抗毒素，請填妥「肉毒桿菌抗毒素使用申請表」（如附件一）上傳本局傳染病個案通報系統，並於個案用藥完成後 24 小時內、使用後 7 天、使用後 30 天及出院後填寫完成「肉毒桿菌抗毒素使用追蹤調查表」（如附件二），分別上傳本局傳染病個案通報系統，以完成結案。

● 衛生署疾病管制局肉毒桿菌抗毒素儲備單位

儲備單位	聯絡人	上班時間 聯絡電話	非上班時間 值班電話	轄區範圍
第二組	劉嘉玲	(02) 23959825 轉 3747	1922	台北縣、台北市、基隆市、宜蘭縣、連江縣、金門縣、桃園縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣、雲林縣、嘉義縣、嘉義市、台南縣、台南市
	余燦華	(02) 23959825 轉 3766	1922	
第三分局	林敏琮	(04) 24739940 轉 208	04-24725110 或 1922	台中縣、台中市、彰化縣、南投縣
第五分局	侯閔議	(07) 5570025 轉 620	0912204709 或 1922	高雄縣、高雄市、屏東縣、澎湖縣
第六分局	張致維	(03) 8242258	03-8222690 或 1922	台東縣、花蓮縣

肉毒桿菌抗毒素使用申請表（附件一）

基本資料

申請日期：_____年_____月_____日

申請單位：_____醫院_____科

申請人：_____

聯絡電話：_____

個案姓名：_____

性別：男 女

出生日期：_____年_____月_____日

居住地：_____縣（市）_____鄉鎮市區

住院床號：_____

申請數量：_____瓶

暴露史

攝食時間：_____年_____月_____日_____時

疑似中毒食物：_____

共食者：_____人，出現疑似症狀者_____人

病史

發病時間：_____年_____月_____日_____時

症狀：意識狀態清醒躁動嗜睡昏迷無法評估（coma scale：E_____V_____M_____）

腸道症狀嘔吐腹瀉便秘腹脹

神經症狀視覺模糊（複視）眼皮下垂瞳孔放大

口乾 吞嚥困難 說話困難呼吸困難排尿困難

感覺異常肢體無力（左側上肢左側下肢右側上肢右側下肢）

其他_____

就醫過程

初診醫院：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，診察醫師：_____

轉診醫院 1：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，診察醫師：_____

轉診醫院 2：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，診察醫師：_____

檢附文件

病歷摘要

其他：_____

疾病管制局

審核紀錄

使用紀錄

審核意見：

提供數量：_____瓶，實際使用數量：_____瓶

提供（調撥）單位：

第二組_____瓶，餘_____瓶

第三分局_____瓶，餘_____瓶

第四分局_____瓶，餘_____瓶

第五分局_____瓶，餘_____瓶

第六分局_____瓶，餘_____瓶

審核結果：同意 不同意

核定數量：_____瓶

審核者：_____

提供者：_____

審核日期：_____

提供日期：_____

肉毒桿菌抗毒素使用追蹤調查表（附件二）

基本資料

申請日期：_____年_____月_____日 申請單位：_____醫院_____科 診察醫師：_____

申請人：_____ 聯絡電話：_____

個案姓名：_____ 住院床號：_____

插管治療：否 是（插管日期_____年_____月_____日）

抗毒素使用情形

第一次用藥時間：_____年_____月_____日_____時，劑量_____ml。

第二次用藥時間：_____年_____月_____日_____時，劑量_____ml。

使用後追蹤

日程		申請日	第一次 用藥後	第二次 用藥後	使用後 第7天	使用後 第30天	出院
日期							
意識 狀態	清醒						
	躁動						
	嗜睡						
	昏迷						
	無法評估	E_V_M_	E_V_M_	E_V_M_	E_V_M_	E_V_M_	
腸 道 症 狀	嘔吐						
	腹瀉						
	便秘						
	腹脹						
症 狀	神經 症狀	視覺模糊（複視）					
		眼皮下垂					
		瞳孔放大					
		口乾					
		吞嚥困難					
		說話困難					
		呼吸困難					
		排尿困難					
	感覺異常						
	肢體無力	左側上肢					
左側下肢							
右側上肢							
右側下肢							
其他							

疾病管制局電話：02-23920130

傳真：02-23959831

填報單位：

填報人：