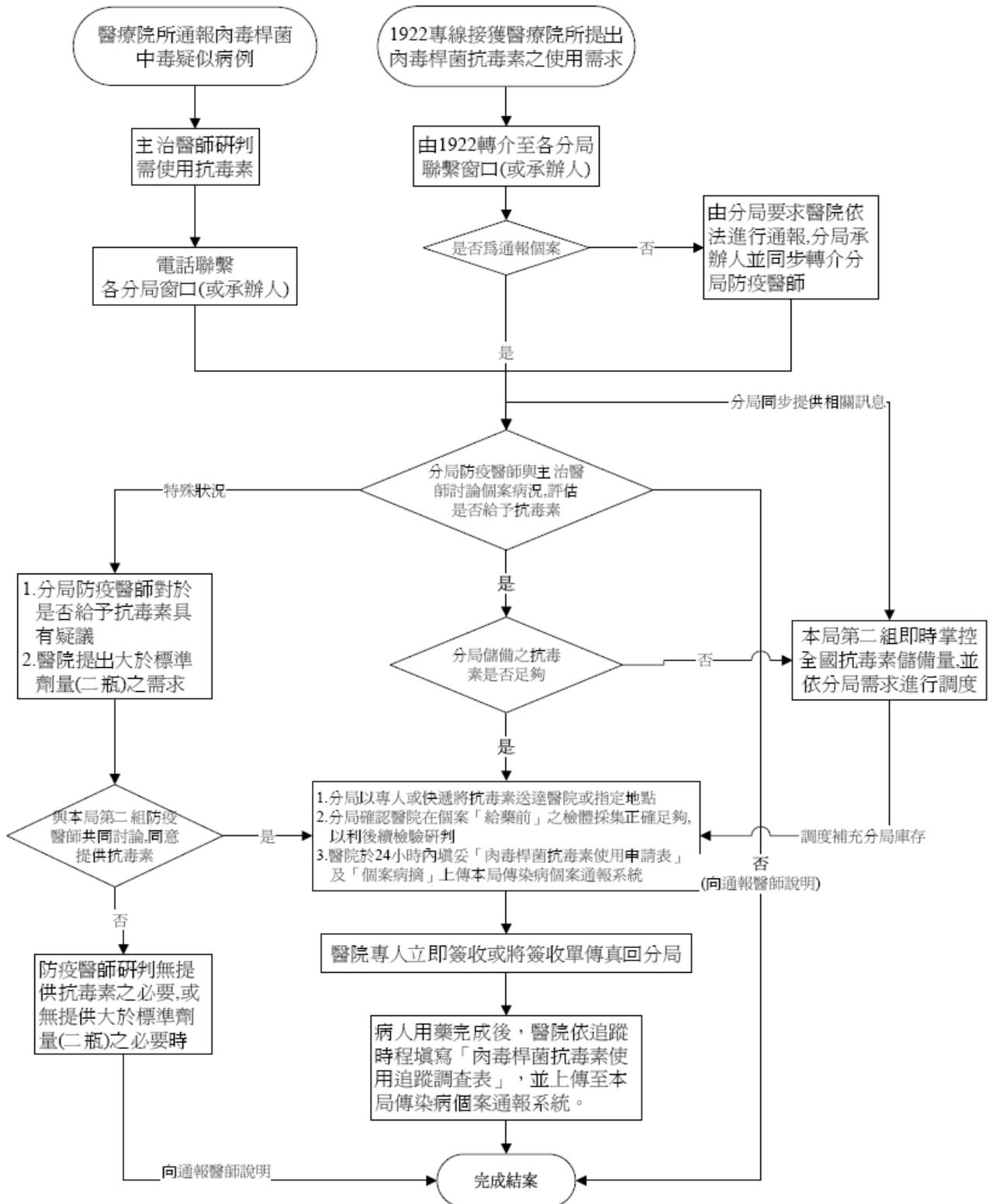


## 肉毒桿菌抗毒素領用流程說明

為因應國內疑似肉毒桿菌中毒患者治療之需要，本局在 6 個分局及 3 個離島（連江縣、金門縣及澎湖縣）之縣市衛生局均儲備有肉毒桿菌抗毒素（含 A 型、B 型及 E 型三價肉毒桿菌抗血清），可提供醫療院所使用，其申請方式請參閱「肉毒桿菌抗毒素領用流程圖」（如附件一）。

醫療院所之臨床醫師診治病患，如發現有疑似肉毒桿菌中毒患者需使用「肉毒桿菌抗毒素」，請直接聯繫轄區權管之分局窗口（如附件二）或撥打 1922 專線提出需求，為儘快進行病患使用抗毒素之審查機制，請病患之主治醫師務必就個案之病況與本局防疫醫師進行討論，如經本局防疫醫師評估同意領取「肉毒桿菌抗毒素」，請依規定填妥「肉毒桿菌抗毒素使用申請表」（如附件三）及「肉毒桿菌抗毒素使用追蹤調查表」（如附件四）上傳本局傳染病個案通報系統，俾利完成結案。

### 肉毒桿菌抗毒素領用流程圖



## 附件二：衛生署疾病管制局各分局聯繫窗口

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
第一分局	陳琬菁	(02) 23959825 轉 5020	02-23913537 或 1922	台北縣、台北市、 基隆市、宜蘭縣、 連江縣、金門縣
第二分局	巫英豪	(03) 3982789 轉 126	03-3983647 或 1922	桃園縣、新竹縣、 新竹市、苗栗縣、
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
第四分局	楊瑞珠	(06) 2696211 轉 107	06-2906684 或 1922	雲林縣、嘉義縣、 嘉義市、台南縣、 台南市
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

### 附件三：肉毒桿菌抗毒素使用申請表

#### 基本資料

- 1.個案姓名：\_\_\_\_\_ 6.申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
2.性別：男 女 7.醫院名稱：\_\_\_\_\_醫院\_\_\_\_\_科  
3.出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 8.主治醫師：\_\_\_\_\_住院床號：\_\_\_\_\_  
4.發病時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時 9.申請人：\_\_\_\_\_聯絡電話：\_\_\_\_\_  
5.居住地：\_\_\_\_\_縣（市）\_\_\_\_\_鄉鎮市區 10.申請數量：\_\_\_\_\_瓶

#### 暴露史

- 1.攝食時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時  
2.疑似中毒食物：\_\_\_\_\_  
3.共食者：\_\_\_\_\_人，出現疑似症狀者\_\_\_\_\_人

#### 臨床評估及檢查

- 1.症狀：意識狀態：E\_\_\_\_\_V\_\_\_\_\_M\_\_\_\_\_（必填）；1.清醒；2.躁動；3.嗜睡；4.昏迷  
神經症狀：5.視覺模糊（複視）；6.眼皮下垂；7.瞳孔放大；8.口乾；9.吞嚥困難；  
10.說話困難；11.呼吸困難；12.排尿困難；13.感覺異常；14.近端肢體無力（14-1上肢、14-2下肢）；15.遠端肢體無力（15-1上肢、15-2下肢）  
腸道症狀：16.嘔吐；17.腹瀉；18.便秘；19.腹脹  
其他症狀：20.發燒\_\_\_\_\_°C；21.其他：\_\_\_\_\_（請填寫）  
2.插管治療：1.否；2.是（插管日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）  
3.相關檢查1.EMG\_\_\_\_\_；2.CSF\_\_\_\_\_；3.MRI\_\_\_\_\_；4.其他\_\_\_\_\_

#### 就醫過程

- 1.初診醫院：\_\_\_\_\_醫院，就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時，主治醫師：\_\_\_\_\_  
2.轉診醫院 A：\_\_\_\_\_醫院，就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時，主治醫師：\_\_\_\_\_  
3.轉診醫院 B：\_\_\_\_\_醫院，就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時，主治醫師：\_\_\_\_\_

#### 檢附文件

- 病歷摘要（必備）  
其他：\_\_\_\_\_

疾病管制局

審核紀錄

審核意見：

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：\_\_\_\_\_

## 附件四：肉毒桿菌抗毒素使用追蹤調查表

### 一、個案基本資料

1. 個案姓名：_____	5. 申請日期：_____年_____月_____日
2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	6. 醫院名稱：_____醫院_____科 主治醫師：_____
3. 出生日期：_____年_____月_____日	7. 申請人：_____ 聯絡電話：_____
4. 發病日：_____年_____月_____日	8. 住院床號：_____

### 二、申請抗毒素時臨床症狀評估

1. 意識狀態	E____V____M____ (必填)； <input type="checkbox"/> 1. 清醒； <input type="checkbox"/> 2. 躁動； <input type="checkbox"/> 3. 嗜睡； <input type="checkbox"/> 4. 昏迷
2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5. 視覺模糊 (複視)； <input type="checkbox"/> 6. 眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7. 瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8. 口乾； <input type="checkbox"/> 9. 吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10. 說話困難； <input type="checkbox"/> 11. 呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12. 排尿困難； <input type="checkbox"/> 13. 感覺異常； <input type="checkbox"/> 14. 近端肢體無力 (14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢)； <input type="checkbox"/> 15. 遠端肢體無力 (15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢)
3. 腸道症狀	<input type="checkbox"/> 16. 嘔吐； <input type="checkbox"/> 17. 腹瀉； <input type="checkbox"/> 18. 便秘； <input type="checkbox"/> 19. 腹脹
4. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20. 發燒_____°C； <input type="checkbox"/> 21. 其他：_____ (請填寫)
5. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否； <input type="checkbox"/> 2. 是 (插管日期_____年_____月_____日)
6. 相關檢查	<input type="checkbox"/> 1. EMG_____； <input type="checkbox"/> 2. CSF_____； <input type="checkbox"/> 3. MRI_____； <input type="checkbox"/> 4. 其他_____

### 三、抗毒素使用劑量

1. 標準用量 (2 瓶)	時間：_____年_____月_____日_____時_____分～_____年_____月_____日_____時_____分
2. 特殊或追加用量 (1 瓶)	時間：_____年_____月_____日_____時_____分～_____年_____月_____日_____時_____分

### 四、抗毒素使用後不良反應 (adverse reactions) 評估

1. Anaphylactoid/anaphylactic reaction (可能發生在數分鐘或數小時)	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 蕁麻疹； <input type="checkbox"/> 噁心； <input type="checkbox"/> 頭痛； <input type="checkbox"/> 支氣管痙攣； <input type="checkbox"/> 休克； <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： _____年_____月_____日_____時_____分
2. Pyretic reaction (可能發生在 1~2 小時)	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 發燒； <input type="checkbox"/> 寒顫； <input type="checkbox"/> 血壓升高； <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： _____年_____月_____日_____時_____分
3. Serum sickness (可能發生在 5~24 天)	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 搔癢； <input type="checkbox"/> 蕁麻疹； <input type="checkbox"/> 發燒； <input type="checkbox"/> 關節痛； <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： _____年_____月_____日_____時_____分

### 五、抗毒素使用後臨床症狀評估

評估日期	病人狀況評估	
第一次評估： <b style="color: red;">使用後 6~12 小時內</b> 日期：_____年_____月_____日 _____時_____分 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	1. 意識狀態	E____V____M____ (必填)； <input type="checkbox"/> 1. 清醒； <input type="checkbox"/> 2. 躁動； <input type="checkbox"/> 3. 嗜睡； <input type="checkbox"/> 4. 昏迷
	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5. 視覺模糊 (複視)； <input type="checkbox"/> 6. 眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7. 瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8. 口乾； <input type="checkbox"/> 9. 吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10. 說話困難； <input type="checkbox"/> 11. 呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12. 排尿困難； <input type="checkbox"/> 13. 感覺異常； <input type="checkbox"/> 14. 近端肢體無力 (14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢)； <input type="checkbox"/> 15. 遠端肢體無力 (15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢)
	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20. 發燒_____°C； <input type="checkbox"/> 21. 其他：_____ (請填寫)
	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否； <input type="checkbox"/> 2. 是 (插管日期_____年_____月_____日)

評估日期	病人狀況評估	
第二次評估： <b>使用後 3~7 天內</b> 日期：____年____月____日 ____時____分 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	1. 意識狀態	E____V____M____ (必填)； <input type="checkbox"/> 1. 清醒； <input type="checkbox"/> 2. 躁動； <input type="checkbox"/> 3. 嗜睡； <input type="checkbox"/> 4. 昏迷
第三次評估： <b>使用後 8~14 天內</b> 日期：____年____月____日 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5. 視覺模糊 (複視)； <input type="checkbox"/> 6. 眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7. 瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8. 口乾； <input type="checkbox"/> 9. 吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10. 說話困難； <input type="checkbox"/> 11. 呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12. 排尿困難； <input type="checkbox"/> 13. 感覺異常； <input type="checkbox"/> 14. 近端肢體無力 (14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢)； <input type="checkbox"/> 15. 遠端肢體無力 (15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢)
第四次評估： <b>使用後 15~28 天內</b> 日期：____年____月____日 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20. 發燒____℃； <input type="checkbox"/> 21. 其他：____ (請填寫)
第五次評估： <b>出院</b> 日期：____年____月____日 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否 (拔管日期____年____月____日)； <input type="checkbox"/> 2. 是 (插管日期____年____月____日)
	1. 意識狀態	E____V____M____ (必填)； <input type="checkbox"/> 1. 清醒； <input type="checkbox"/> 2. 躁動； <input type="checkbox"/> 3. 嗜睡； <input type="checkbox"/> 4. 昏迷
	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5. 視覺模糊 (複視)； <input type="checkbox"/> 6. 眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7. 瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8. 口乾； <input type="checkbox"/> 9. 吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10. 說話困難； <input type="checkbox"/> 11. 呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12. 排尿困難； <input type="checkbox"/> 13. 感覺異常； <input type="checkbox"/> 14. 近端肢體無力 (14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢)； <input type="checkbox"/> 15. 遠端肢體無力 (15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢)
	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20. 發燒____℃； <input type="checkbox"/> 21. 其他：____ (請填寫)
	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否 (拔管日期____年____月____日)； <input type="checkbox"/> 2. 是 (插管日期____年____月____日)

※第二次評估至第四次評估，請儘可能選擇病人病情較有變化的一天填寫，如無明顯變化仍須填寫。  
 ※第二次以後之評估，僅需填寫此頁上傳至本局傳染病個案通報系統即可。