

先天性甲狀腺低能症（CHT）確診醫院資格審查原則

一、醫院等級：區域醫院等級（含）以上。

二、工作成員：

- (一)小兒內分泌或小兒新陳代謝之專科醫師：提供固定門診時段，提供陽性個案適當的檢查與臨床評估，並予以最後診斷與治療。在治療過程中，對治療成效作整體（含發展及智能）的評估，向家屬說明患病原由，並提供遺傳諮詢（或交由遺傳諮詢人員諮詢）。
- (二)核醫科醫師：對先天甲狀腺低能症病童，實施核醫造影，協助診斷病因。
- (三)專責之協調聯絡人員，並接受過新生兒篩檢相關訓練，負責篩檢陽性個案之通知、報到、接受確診、衛教諮詢與追蹤管理對外聯絡個案及其他作業系統，對內協調院內各有關人員，以便能順利進行確認檢查、診斷與治療（應備有直撥電話、傳真或E-MAIL對外聯繫）。
- (四)醫檢師或技術人員：採集處理各類檢體，進行必要的檢驗，或轉送代檢單位，並填寫確認結果。
- (五)臨床心理師與精神科醫師：對個案實施智力發育測驗，以便評估智力發育與治療成效。對個案家屬提供必要的精神心理輔導。

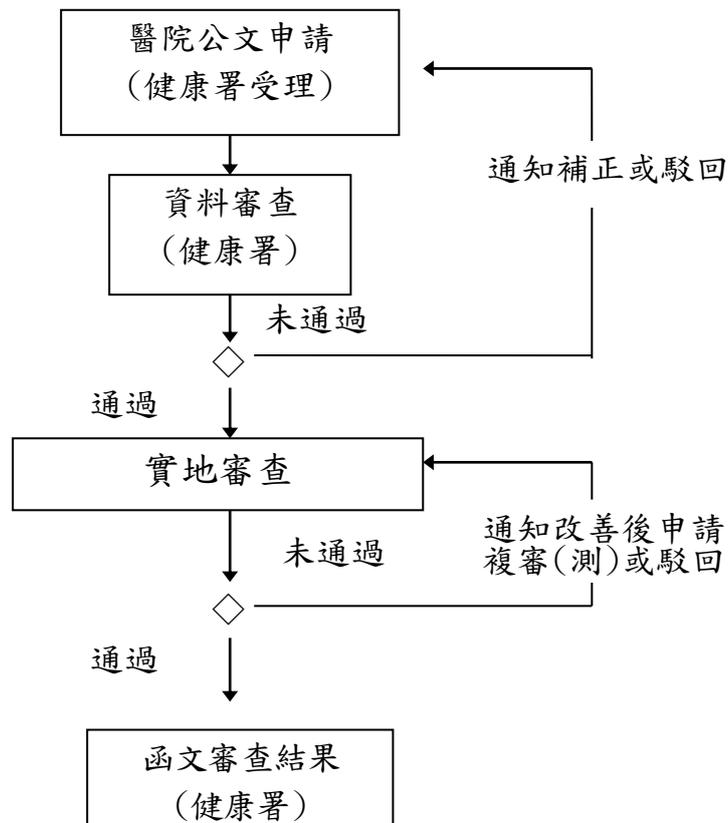
三、檢驗能力：應提出3年內參加之實驗室認證、能力試驗或院際品管證明。確診醫院之檢驗單位需符合下列要求

- (一)能提供甲狀腺功能檢查（包括： T_4 、TSH、 T_3 、Free T_4 、Thyroglobulin）、甲狀腺超音波及核醫掃瞄等檢查。
- (二)通過中華民國實驗室認證體系醫學領域相關項目之認證。

註：請自行考量申請自行確診醫院成本及其必要性。

四、申請表（如附件1）

五、審查作業流程



六、確診醫院之義務

- (一) 本署核定為確診醫院後，需配合本署之調訓，並安排院內專責之聯絡協調人員，至本署指定之確診醫院(含門診及業務)實習，至少8小時。
- (二) 應遵守本署訂定之「CHT 確認診斷治療系統」作業流程之規範，提供院內出生之CHT 陽性個案確診服務；須定期繳交相關檢驗資料及報表予本署或本署指定機構之義務。
- (三) 應參加確診檢驗項目的能力試驗，每年至少兩次。
- (四) 參與本署或本署委辦在職教育訓練、實地訪查及輔導。

先天性甲狀腺低能症 (CHT) 確診醫院申請表

本申請表共____頁 (請編列頁碼)

醫院名稱：_____

第一部份：工作成員

一、成員基本資料

主持人		職稱		聯絡電話	
負責 兒科醫師		職稱		聯絡電話	
		CHT 門診	<input type="checkbox"/> 固定時段 <input type="checkbox"/> 無固定時段 門診時間為：		
		資格	<input type="checkbox"/> 醫學遺傳學/新陳代謝學次專科醫師 <input type="checkbox"/> 內分泌學次專科醫師		
聯絡協調 人員		職稱		聯絡電話	
					傳 真
		E-MAIL			
		符合 條件	■ 專責人員： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ■ 本項工作佔個人整體工作的()% ■ 醫事人員： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
核醫科醫師		職稱		聯絡電話	
臨床心理師		職稱		聯絡電話	
精神科醫師		職稱		聯絡電話	
檢驗室 負責主管		職稱		聯絡電話	
檢驗人員		職稱		聯絡電話	
品管人員		職稱		聯絡電話	

二、聯絡協調人員相關訓練

課程名稱	訓練單位	受訓年月	受訓時數

第二部份：甲狀腺功能之檢驗（查）服務

一、檢驗服務

檢驗單位：_____

項目	使用的檢驗方法	備註
必要檢驗項目		
T ₄		<input type="checkbox"/> 自檢 <input type="checkbox"/> 外送
TSH		<input type="checkbox"/> 自檢 <input type="checkbox"/> 外送
T ₃		<input type="checkbox"/> 自檢 <input type="checkbox"/> 外送
Free T ₄		<input type="checkbox"/> 自檢 <input type="checkbox"/> 外送
Thyroglobulin		<input type="checkbox"/> 自檢 <input type="checkbox"/> 外送
次要檢驗項目		
TSH receptor Ab		<input type="checkbox"/> 自檢 <input type="checkbox"/> 外送
AMIA		<input type="checkbox"/> 自檢 <input type="checkbox"/> 外送
ATA		<input type="checkbox"/> 自檢 <input type="checkbox"/> 外送

二、檢查服務

檢查單位：_____

甲狀腺超音波	<input type="checkbox"/> 目前可提供 <input type="checkbox"/> 目前無法提供
核醫掃瞄	<input type="checkbox"/> 目前可提供 <input type="checkbox"/> 目前無法提供

三、實驗室認證（請列出三年內參加）

認證項目	檢體種類	檢驗方法	辦理機構名稱	辦理機構的國家別	認證有效期間	參加的年月	結果

