

製表日期：109年2月19日

修正日期：111年2月25日

## 疑似電子煙相關肺傷害個案報告單

本人\_\_\_\_\_同意貴機構醫師蒐集A 或B 項之資料，並傳送至衛生福利部國民健康署為必要之處理與利用：

A、下列報告單內各欄位之資料

B、下列報告單內勾選欄位之資料，共\_\_\_\_\_項

(未成年人之法定代理人簽名：\_\_\_\_\_身分證字號：\_\_\_\_\_)

與個案之關係：\_\_\_\_\_聯絡電話：\_\_\_\_\_)

簽署日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

<input type="checkbox"/> 1.個案姓名		<input type="checkbox"/> 2.性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
<input type="checkbox"/> 3.出生日期	民國_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 4.症狀起始日期	約民國_____年_____月_____日
<input type="checkbox"/> 5.診斷日期	民國_____年_____月_____日	<input type="checkbox"/> 6.病歷號碼	
<input type="checkbox"/> 7.身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 已歸化本國籍之外籍配偶	<input type="checkbox"/> 8.國籍別	
<input type="checkbox"/> 9.個案聯絡電話	宅( ) - 手機：		
<input type="checkbox"/> 10.戶籍所在地址	縣_____鄉鎮_____路 市_____區市_____街_____段_____巷_____弄_____號_____樓之		
<input type="checkbox"/> 11.聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣_____鄉鎮_____路 市_____區市_____街_____段_____巷_____弄_____號_____樓之		
<input type="checkbox"/> 12.使用電子煙產品(煙油)	(請儘可能協助向個案取得其使用之煙油，交國民健康署送驗；如未能取得，也請儘可能請個案告知來源。) 廠牌：_____型號：_____ <input type="checkbox"/> 未知 添加物： <input type="checkbox"/> 尼古丁 <input type="checkbox"/> 大麻類物質 <input type="checkbox"/> 調味劑 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (可複選)		
<input type="checkbox"/> 13.電子煙使用史	使用歷史：自_____年_____月至_____年_____月 <input type="checkbox"/> 同時使用加熱式菸品 <input type="checkbox"/> 同時使用毒品或其他物質濫用 症狀起始時： <input type="checkbox"/> 近3個月內使用 <input type="checkbox"/> 近1個月內使用 <input type="checkbox"/> 近1週內使用 (選最短期者) 症狀起始時使用頻率： <input type="checkbox"/> 每月使用 <input type="checkbox"/> 每週使用 <input type="checkbox"/> 每日使用 (選最頻繁者)		
<input type="checkbox"/> 14.有無使用紙菸	<input type="checkbox"/> 從未使用 <input type="checkbox"/> 曾使用，已於_____年_____月停止 <input type="checkbox"/> 仍使用中，自_____年_____月迄今		
<input type="checkbox"/> 15.相關症狀	a. <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 咳血 <input type="checkbox"/> 其他呼吸道症狀： b. <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他腸胃道症狀： c. <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 寒顫 <input type="checkbox"/> 體重減輕 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 頭痛 d. <input type="checkbox"/> 其他：		
<input type="checkbox"/> 16.理學檢查異常	<input type="checkbox"/> 體溫 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> 心跳 <input type="checkbox"/> 血氧飽和度 <input type="checkbox"/> 其他：		
<input type="checkbox"/> 17.影像學檢查	請描述影像類別及其異常發現：		
<input type="checkbox"/> 18.實驗室檢驗	<input type="checkbox"/> 白血球增加 <input type="checkbox"/> C-reactive protein, CRP上升 <input type="checkbox"/> 肝功能異常 <input type="checkbox"/> 呼吸道病毒測試陰性 <input type="checkbox"/> 流感篩檢陰性 <input type="checkbox"/> 肺炎鏈球菌尿液抗原陰性 <input type="checkbox"/> 退伍軍人症尿液抗原陰性 <input type="checkbox"/> 黴漿菌陰性 <input type="checkbox"/> 其他特殊檢驗：		
<input type="checkbox"/> 19.過去病史	<input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 自體免疫疾病 <input type="checkbox"/> 腫瘤 <input type="checkbox"/> 其他：		
<input type="checkbox"/> 20.相關處置	<input type="checkbox"/> 門診治療 <input type="checkbox"/> 急診治療 <input type="checkbox"/> 入住一般病房 <input type="checkbox"/> 入住加護病房 <input type="checkbox"/> 插管使用呼吸器 <input type="checkbox"/> 使用非侵襲性呼吸器 <input type="checkbox"/> 使用類固醇治療 ( <input type="checkbox"/> 病情有改善) <input type="checkbox"/> 使用抗生素 <input type="checkbox"/> 其他：		
21.報告機構(全銜)			
22.報告醫師	聯絡電話	( ) - 手機：	
	電子信箱		
23.聯絡人	聯絡電話	( ) - 手機：	
	電子信箱		

請填寫後傳真至(02)2522-0621，或電子郵件(加密)至 [gps720@hpa.gov.tw](mailto:gps720@hpa.gov.tw)，聯絡人：(02)2522-0595，洪先生。