

## 葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症（G6PD）確診醫院 資格審查原則

一、醫院等級：區域醫院等級（含）以上。若該縣市僅有 1 家區域醫院，可由地區醫院專案提出申請。

二、工作成員：

（一）小兒科醫師：提供固定門診時段，負責個案及其家屬之醫療服務及遺傳諮詢。

（二）專責協調聯絡人員：需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診斷（應備有直撥電話、傳真或 E-MAIL 對外聯繫）。

（三）醫檢師或技術人員：採集檢體及提供必要的檢驗，並填寫確認結果。

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）通過中華民國實驗室認證體系（醫學領域-臨床生化學酵素分析-葡萄糖六磷酸鹽去氫酵素定量檢驗項目）或美國病理學會（CAP）認證。

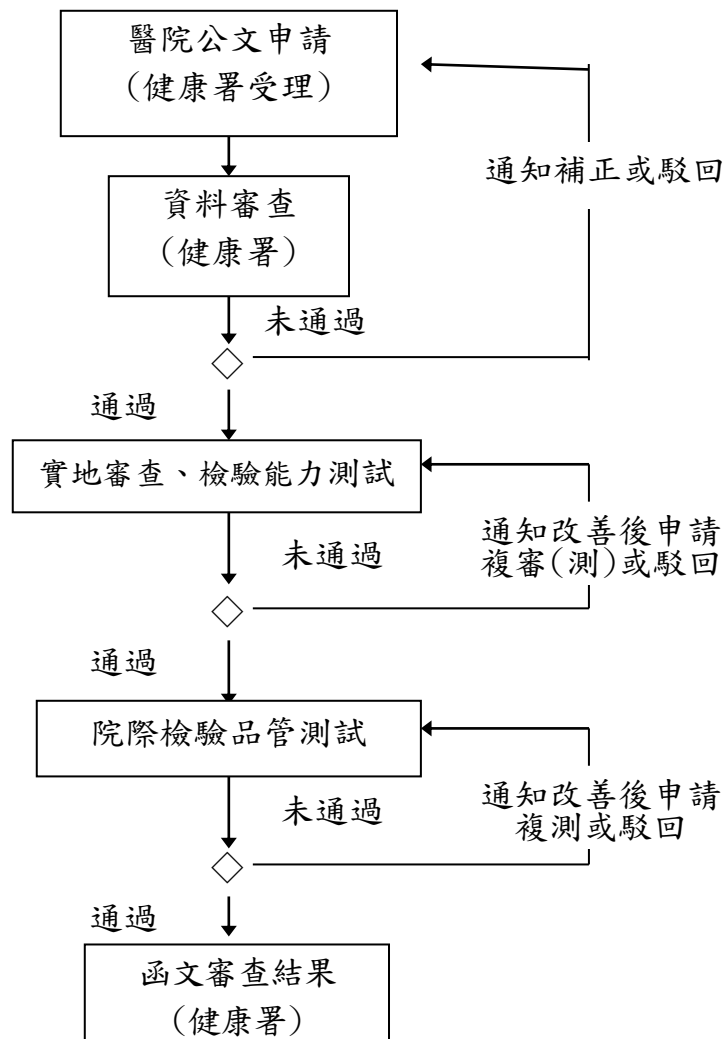
（二）通過衛生福利部國民健康署辦理之檢驗品質測試。

註：G-6-PD 陽性率約為 2%，請自行考量申請自行確診成本及其必要性。

四、該院出生之新生兒 G6PD 缺乏症初檢陽性個案及其家屬之確認診斷每案補助新台幣 250 元整〈依據優生保健措施減免或補助費用辦法，補助之費用分由中央及直轄市主管機關支應〉。

五、申請表（如附件 1）

六、資格審查流程如下：



七、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「G-6-PD 確認診斷治療系統」作業流程之規範，提供院內出生之 G-6-PD 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) 應配合本署委託辦理新生兒篩檢及 G-6-PD 確診檢驗品質保證計畫之執行機構，接受院際品管測試（每年 2 次），並即時回報測定結果。
- (四) 參與本署或本署委辦在職教育訓練、實地訪查及輔導。

## 葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症 (G6PD) 確診醫院申請表

本表共\_\_\_\_頁 (請編列頁碼)

醫院名稱：\_\_\_\_\_

醫院等級：醫學中心    區域醫院    地區醫院

每月接生數：平均\_\_\_\_\_人/月

主持人(負責醫師)簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 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	
		G6PD 門診	<input type="checkbox"/> 固定時段 <input type="checkbox"/> 無固定時段 門診時間為：		
聯絡協調 人員		職稱		聯絡電話	
				傳 真	
			<input type="checkbox"/> 24 小時均有人回應		
		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		
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：G6PD 檢驗能力

一、檢驗單位名稱：\_\_\_\_\_（自檢 外送）

### 二、G6PD 檢驗量

每月出具 G6PD 檢驗報告/結果數量：\_\_\_\_\_件/月，包括：G6PD 確診個案：\_\_\_\_\_件/月，其他非篩檢確診：2-3 歲幼兒突發病非經篩檢至院確診個案\_\_\_\_\_件/月。

### 三、G6PD 判讀標準之參考範圍及單位

新生兒\_\_\_\_\_ 嬰兒\_\_\_\_\_ 成人\_\_\_\_\_

### 四、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
			財團法人全國認證基金會 (TAF)		
			美國病理學會 (CAP)		

### 五、確診檢驗項目能力試驗（請列出三年內參加）

計畫名稱	項目	檢驗方法	辦理機構名稱	辦理機構的國家別	參加年月	結果
「新生兒篩檢及 G6PD 確認之檢驗品質保證計畫」	G6PD					

## 第三部份：G6PD 確診個案服務

請詳述貴院 G6PD 確診個案服務之資格審查，包括：（一）陽性個案

通知預約作業，(二) 篩檢陽性個案報到、檢驗與診斷作業等。

※ 上述所提資料及數據，如有疑問，可與本院聯絡之窗口為：

姓名：                            職稱：                            部門別：

聯絡電話：                    (分機                    )

E-MAIL：

主持人(負責醫師)簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_年\_\_月\_\_日

#### 第四部份：G6PD 檢驗測試報告（由健康署填寫）

##### 一、G6PD 定量品管檢體測試

測試年月	測試結果	備註

##### 二、G6PD 定量品管總結與改進建議

#### 第五部份：實地訪查總結與改進建議（由健康署填寫）