

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)										
姓名	身分證統一編號									
	統一證號(外籍)									
出生日期	____年____月____日； 年齡：____歲				聯絡資訊			電話：(____) _____		
								手機：_____		
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□				路 段			巷 弄		
	縣 市 鄉 村 街 號 樓 市 區 鎮 里 街 弄 樓									
乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)										
醫院名稱					醫事機構代碼					
攝影日期	____年____月____日				攝影判讀日期			____年____月____日		
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估				<input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢					
	<input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查(如:六個月)				<input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施					
追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)										
乳房 X 光攝影檢查結果為(Category 0、3)之複檢結果(複檢醫院填寫)										
複檢醫院名稱					醫事機構代碼					
複檢日期	____年____月____日									
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查；				該項複檢方式檢查結果為：					
	<input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：_____。				<input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查(如六個月)。 <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。					
乳篩陽性個案為(4)、(5)及複檢後結果為(4)、(5)之確診檢查結果(確診及治療醫院填寫)										
確診及治療醫院名稱					醫事機構代碼					
確診日期	____年____月____日				確定診斷			<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。		
確診方式 (可複選)	病理診斷 <input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查									
	臨床診斷 <input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他：_____。 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查(如:六個月)。									
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期____年____月____日； 手術醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____。									
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)				分級 (Grade)					
	<input type="checkbox"/> 腺管原位癌(DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌(Invasive carcinoma)									
	腫瘤大小 (Size)				____ × ____ × ____ cm					
	局部淋巴結 (Regional LN)				____ / ____ (Positive nodes/Total nodes)					
病理分期 (Pathological Stage)				T: ____ N: ____ M: ____ S: ____						
癌症治療 (可複選)	有進行 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療 治療日期：____年____月____日							<input type="checkbox"/> 未治療		
<input type="checkbox"/> 個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位：____ (縣/市) 衛生所；追蹤人員姓名：____，追蹤日期：____年____月____日。										

國民健康署婦女乳房 X 光攝影檢查陽性個案追蹤表

個人基本資料 (攝影醫院填寫)

姓名	身分證統一編號														
	統一證號(外籍)														
出生日期	_____年_____月_____日；		聯絡資訊		電話：(____) _____										
	年齡：_____歲				手機：_____										
現居住地址	鄉鎮市區代碼：□□□□														
	縣	市鄉	村	路	段	巷	號	市	區鎮	里	街	弄	樓		

乳房 X 光攝影檢查結果 (攝影醫院填寫)

醫院名稱	醫事機構代碼														
攝影日期	_____年_____月_____日		攝影判讀日期		_____年_____月_____日										
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (Category 0) 需附加其他影像檢查再評估 <input type="checkbox"/> (Category 3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查(如:六個月)		<input type="checkbox"/> (Category 4) 可疑異常須考慮組織生檢 <input type="checkbox"/> A. Low suspicion <input type="checkbox"/> B. Moderate suspicion <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (Category 5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施												

追蹤結果 (以下由攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)

乳房 X 光攝影檢查結果為(Category 0、3)之複檢結果(複檢醫院填寫)

複檢醫院名稱	醫事機構代碼														
複檢日期	_____年_____月_____日														
複檢方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房 X 光攝影檢查； <input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查； <input type="checkbox"/> 乳房磁振造影檢查； <input type="checkbox"/> 其他複檢方式：_____。		該項複檢方式檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查(如:六個月)。 <input type="checkbox"/> (4) 可疑異常須考慮組織生檢。 <input type="checkbox"/> A. Low <input type="checkbox"/> B. Moderate <input type="checkbox"/> C. High suspicion <input type="checkbox"/> (5) 高度疑似乳癌，須採取適當措施。												

乳篩陽性個案為(4)、(5)及複檢後結果為(4)、(5)之確診檢查結果(確診及治療醫院填寫)

確診及治療醫院名稱	醫事機構代碼														
確診日期	_____年_____月_____日		確定診斷		<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。										
確診方式 (可複選)	病理診斷	<input type="checkbox"/> 細針抽吸； <input type="checkbox"/> 粗針穿刺； <input type="checkbox"/> 鈎針定位； <input type="checkbox"/> 立體定位穿刺； <input type="checkbox"/> 手術切片檢查													
	臨床診斷	<input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影； <input type="checkbox"/> MRI； <input type="checkbox"/> 其他：_____。 臨床診斷檢查結果為： <input type="checkbox"/> (1) 無異常發現。 <input type="checkbox"/> (2) 良性發現。 <input type="checkbox"/> (3) 可能是良性發現—須短期追蹤檢查(如:六個月)。													
手術	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 腫瘤轉移； <input type="checkbox"/> 中醫療法； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明理由)。 <input type="checkbox"/> 有：日期 _____年_____月_____日； 手術醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____。														
<input type="checkbox"/> 非手術切片病理結果 (局部淋巴結欄位可不填) <input type="checkbox"/> 手術切片病理結果 (以上皆須附病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)		分級 (Grade)												
	<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma)														
	腫瘤大小 (Size)		_____ × _____ × _____ cm												
	局部淋巴結 (Regional LN)		_____ / _____ (Positive nodes/Total nodes)												
病理分期 (Pathological Stage)		T: _____ N: _____ M: _____ S: _____													
癌症治療 (可複選)	有進行 <input type="checkbox"/> 放射線治療、 <input type="checkbox"/> 化學治療、 <input type="checkbox"/> 荷爾蒙治療、 <input type="checkbox"/> 標靶治療 治療日期：_____年_____月_____日										<input type="checkbox"/> 未治療				

個案無法追蹤，拒絕回診、複檢，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤；

追蹤單位：_____ (縣/市) _____ 衛生所；追蹤人員姓名：_____，追蹤日期：_____年_____月_____日。