

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

臺南市政府衛生局 函

710
台南市永康區中華路196-14號10 樓

地址：70151臺南市東區林森路一段418號
承辦人：張景雯
電話：06-2679751分機353
傳真：06-2674819
電子信箱：dc75@tncghb.gov.tw

受文者：台南市牙醫師公會

發文日期：中華民國109年1月30日
發文字號：南市衛疾字第1090011238號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：

附件：臺南市醫事人員因職業執行業務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)處理流程

主旨：檢送本市醫事人員因職業執行業務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(oPEP)處理流程一份，請查照。

說明：依據衛生福利部疾病管制署108年12月5日疾管慢字第1080301180號函及108年2月11日疾管慢字第1080300087A號函辦理。

正本：社團法人台南市醫師公會、台南市診所協會、台南市牙醫師公會、社團法人台南市護理師護士公會、大臺南護理師護士公會、台南市中醫師公會、社團法人大臺南中醫師公會、衛生福利部臺南醫院、仁村醫院、永和醫院、永川醫院、洪外科醫院、台南市郭綜合醫院、大安婦幼醫院、仁愛醫療社團法人仁愛醫院、台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院、美德中醫醫院、陳澤彥婦產科醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、志誠醫院、開元寺慈愛醫院、臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營、高雄榮民總醫院臺南分院、奇美醫療財團法人奇美醫院、永達醫療社團法人永達醫院、晉生醫療社團法人晉生慢性醫院、衛生福利部臺南醫院新化分院、財團法人台灣省私立台南仁愛之家附設精神療養院、衛生福利部胸腔病院、衛生福利部嘉南療養院、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院、新生醫院、奇美醫療財團法人佳里奇美醫院、信一骨科醫院、衛生福利部新營醫院、新興醫療社團法人新興醫院、營新醫院、佑昇醫院、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、宏科醫院、環馨婦幼醫院、吉安醫院

副本：衛生福利部疾病管制署

局長陳怡

臺南市醫事人員因職業執行業務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥補助

費用申請處理流程

壹、依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 6 條，臺南市政府衛生局(下稱本局)為防止相關人員因執行職務而意外接觸到含有愛滋病毒(HIV)之血液或體液，執行疾病管制署補助其暴露愛滋病毒後預防性投藥相關費用事宜，特訂定本處理流程。

貳、費用補助對象：

一、依醫療法第 10 條規範:本法所稱醫事人員，係指領有中央主管機關核發之醫師、藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事放射師、營養師、藥劑生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事檢驗生、醫事放射士及其他醫事專門職業證書之人員。本法所稱醫師，係指醫師法所稱之醫師、中醫師及牙醫師。

二、醫事人員或醫療相關工作人員等因診療、處置或照護愛滋病毒感染或因執行業務而發生事故，疑似有暴露愛滋病毒感染風險者。

參、因職業執行業務暴露愛滋病毒後預防性投藥補助申請資格及程序：

一、申請資格：符合費用補助對象，且經指定醫院醫師評估須進行暴露愛滋病毒後預防性投藥者，由疾管署全額補助暴露愛滋病毒後預防性投藥之醫療處置費用（含愛滋病毒檢驗、愛滋預防性投藥、診察費、藥事服務費、掛號費）。

二、申請程序：

(一) 暴露者應於發生暴露後 24 小時內向工作單位報告，工作單位應於暴露事件發生後，1 週內將「因職業執行業務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件一)送本局備查，以利提供諮詢及輔導。

(二) 暴露者依醫囑服完藥後，暴露者之工作單位應協助儘速函具下列資料，送本局進行預防性投藥之相關醫療處置費用補助之初審，再由本局函送至疾管署所轄各區管制中心進行複審(經費補助來源:疾管署)。

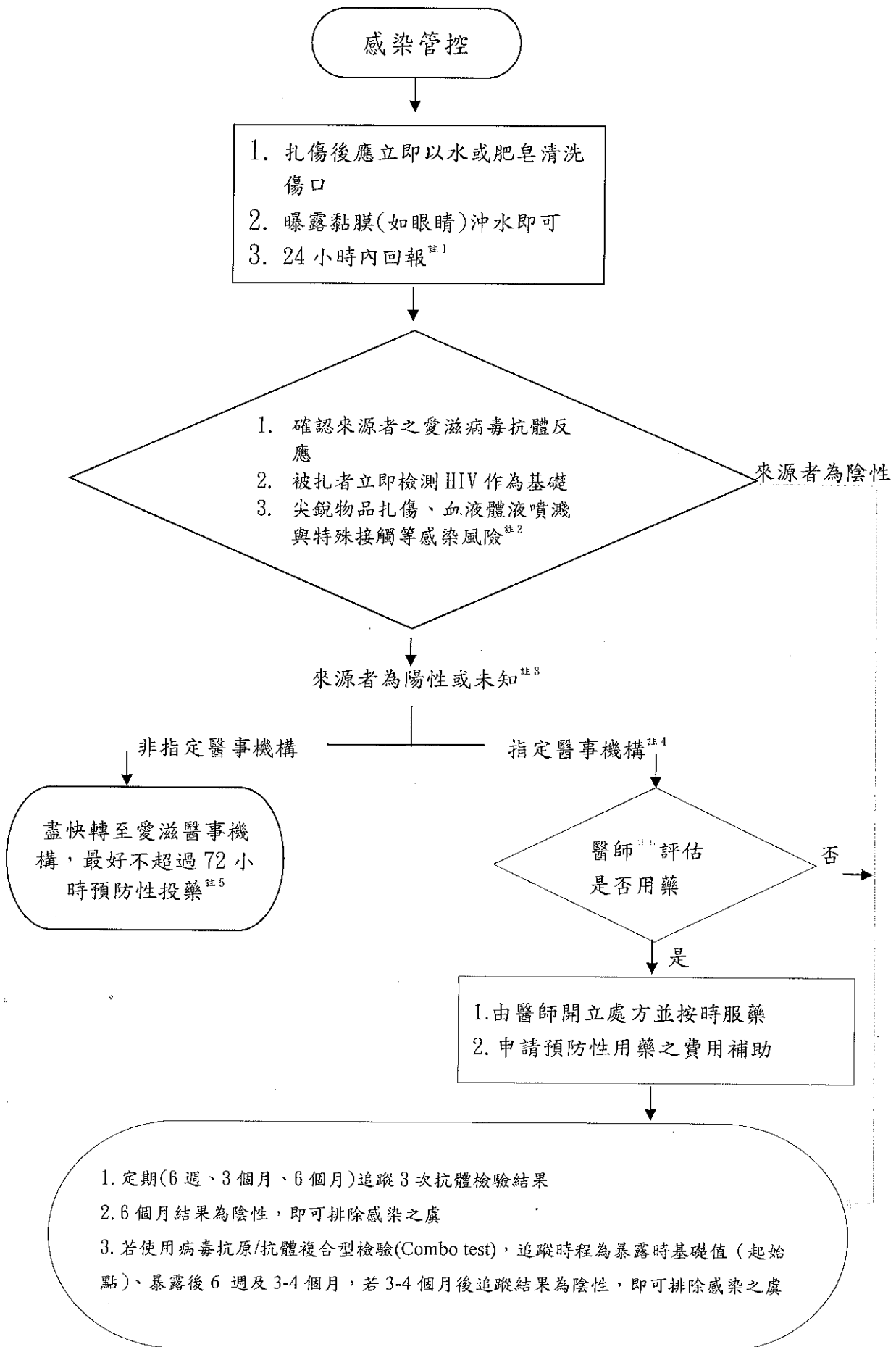
1. 申請單位之領據
2. 醫療費用收據正本(應貼妥於申請單位之黏貼憑證並完成核銷程序)
3. 費用明細(足以區分抗人類免疫缺乏病毒藥品費及藥事服務費單項費用)
4. 病歷摘要
5. 因職業執行業務意外暴露愛滋病毒通報單(如附件一)
6. 血液追蹤紀錄單(如附件二)

三、本費用補助以工作單位領據進行核銷，工作單位請先行代為墊付或記帳，後續補助經費將由疾管署核撥。

肆、暴露者若經醫師評估須預防性投藥者，應進行後續諮詢及暴露後血清學追蹤和評估，血清學追蹤時程為暴露時基礎值(起始點)、暴露後 6 週、3 個

月及 6 個月，若 6 個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞。但若使用愛滋病毒抗原/抗體複合型檢驗(Combo test)，追蹤時程為暴露時基礎值（起始點）、暴露後 6 週及 3-4 個月，若 3-4 個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞。倘經檢驗為愛滋病毒陽性，醫療院所應依法通報；若是配合主管機關而提供感染者服務工作或執行「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」相關工作而感染愛滋病毒者，可依據「執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法」向服務機關（構）申請補償金。

醫事人員因職業執行業務(含尖銳物品扎傷或血、體液曝觸)處理流程



註 1:於發生暴露後 24 小時內向工作單位通報，並於 1 週內將「醫事人員因職業執行業務意外暴露愛滋病毒通報單」送本局備查。

註 2:採檢時，應顧及來源者之隱私，可以不具名方式採檢。

註 3:倘來源者以不具名篩檢結果為陽性，後續依匿篩作業流程進行篩檢後諮商作業。

註 4:本市二家愛滋治療指定醫院之急診單一聯繫窗口

1. 成大醫院:06-2353535 分機 2225

2. 永康奇美醫院:06-2812811 分機 57165

或連繫本市衛生局防疫專線:06-2880180(林森辦公室)/06-6333080(東興辦公室)、衛生福利部疾病管制署防疫專線 1922

註 5:預防性投藥要愈早愈好，應立即轉介至愛滋病指定醫事機構，不要超過 72 小時。若已超過 72 小時，但經感染科醫師評估仍有預防性投藥之必要，亦可投藥，惟超過 7 天則無預防效果。

註 6:建議由感染科醫師評估用藥

因職業執行業務意外暴露愛滋病毒通報單

填表單位		填表日期	年 月 日	編號	
基本資料	一、姓名 _____ 職稱 _____ 單位別/電話 _____ / 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期 _____ 服務年資 _____ 二、污染來源： <input type="checkbox"/> 來源不明 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
發生時間	年 月 日 時 分	發生地點	<input type="checkbox"/> 職場內： _____ <input type="checkbox"/> 職場外： _____	污染種類	<input type="checkbox"/> 一般注射針器 <input type="checkbox"/> 頭皮針 <input type="checkbox"/> 縫針、刀片 <input type="checkbox"/> 靜脈留置針 <input type="checkbox"/> 血糖測試針 <input type="checkbox"/> 採血尖銳物 <input type="checkbox"/> 外科器械 <input type="checkbox"/> 玻璃片 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其他： _____
事件類別	當時情況	<input type="checkbox"/> 針頭回套未對準或戳破 <input type="checkbox"/> 清理或清除用物時 <input type="checkbox"/> 針頭彎曲或折斷 <input type="checkbox"/> 廢棄針頭收集盒過滿扎傷 <input type="checkbox"/> 尖銳針器隱藏其他物品中 <input type="checkbox"/> 注射/加藥時 <input type="checkbox"/> 病人躁動 <input type="checkbox"/> 解開器具配備時/清洗用物時 <input type="checkbox"/> 尖銳針器突然掉落 <input type="checkbox"/> 暴露病人血液中 <input type="checkbox"/> 抽血時 <input type="checkbox"/> 手術中 <input type="checkbox"/> 其他： _____			
	行政管理	<input type="checkbox"/> 工作人員管理問題 <input type="checkbox"/> 環境設備管理問題 <input type="checkbox"/> 作業流程設計問題 <input type="checkbox"/> 其他，說明 _____			
發生原因	<input type="checkbox"/> 環境傷害因素 <input type="checkbox"/> 設施/設備因素 <input type="checkbox"/> 人為疏失 <input type="checkbox"/> 技術不良 <input type="checkbox"/> 其他因素 _____				
發生經過	※描述事發經過：				
	扎傷部位及深度(敘述)： 扎傷物品已污染： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 扎傷次數： <input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 曾扎傷過，第 _____ 次 工作中戴手套： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 感染源是否為 HIV 高危險群： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知				
處理過程	立即通知： <input type="checkbox"/> 直屬主管 _____ <input type="checkbox"/> 其他相關科室 _____ 立即處理： <input type="checkbox"/> 扎傷處緊急處理 <input type="checkbox"/> 流動的水沖洗 <input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 包紮 <input type="checkbox"/> 暴露黏膜大量沖水 <input type="checkbox"/> 收集感染源現有檢驗資料及採集感染源血液 後續處理： <input type="checkbox"/> 於醫院 _____ 科掛號看診；是否進行暴露愛滋病毒後預防性投藥： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 通報勞安室 <input type="checkbox"/> 其它： _____ 證明人： <input type="checkbox"/> 直屬主管 _____ <input type="checkbox"/> 其他人員 _____				

備註：請於發生暴露後 24 小時內向工作單位報告，以利儘快預防性投藥，並於一週內將本通報單

送所在地衛生局備查，以利提供諮詢與輔導。

附件二

血液追蹤紀錄單

暴露者姓名			員工代碼			
檢驗報告	感染源	暴露者				備註
		暴露當時	6週	3個月	6個月	
HBsAg						
Anti-HBs						
Anti-HCV						
Anti-HIV						若使用愛滋病毒抗原/抗體複合型檢驗(Combo test)，追蹤時程為暴露時基礎值(起始點)，暴露後6週及3-4個月，若3-4個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞
RPR/VDRL						
SGOT(AST)						感染來源為HCV陽性時檢測
SGPT(ALT)						感染來源為HCV陽性時檢測
<p>服用之抗人類免疫缺乏病毒藥品預防性藥物處方：</p> <p>實際服藥天數：_____天</p> <p>實際服藥天數不足28天之原因：</p> <p><input type="checkbox"/> 病人自行停藥</p> <p><input type="checkbox"/> 因副作用經與醫師討論後停藥</p> <p><input type="checkbox"/> 醫囑開藥未達28天，請說明原因_____</p> <p><input type="checkbox"/> 其他，請說明原因_____</p> <p>服藥後之副作用：</p> <p>其它追蹤說明：</p>						