

204  
正本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

## 臺南市政府衛生局 函

71069

台南市永康區中華路196之14號10F

地址：701臺南市東區林森路一段418號

承辦人：楊雅而

電話：06-2679751#362

傳真：06-2674819

電子信箱：dcl6@tnccghb.gov.tw

受文者：社團法人台南市牙醫師公會

發文日期：中華民國109年2月20日

發文字號：南市衛疾字第1090026713B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文。

主旨：為加強COVID-19(武漢肺炎)監測，及早偵測並防堵病毒於社區及醫療院所傳播，請貴會轉知所屬加強通報及採檢，請查照。

說明：

一、依據嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心109年2月16日肺中指字第1093700117號函及109年2月18日肺中指字第1093700124號函辦理。

二、中國大陸武漢肺炎疫情尚未緩和，波及全球多國，且感染源不明及群聚個案頻傳，為加強疑似個案偵測，及早防堵病毒於社區及醫療院所傳播，該中心諮詢專家再訂定「社區監測通報採檢及個案處理流程」（如附件1），請貴會轉知所屬配合加強通報及採檢：

（一）14天內具國際旅遊史或接觸史，且醫師高度懷疑新冠病毒感染之發燒或呼吸道感染個案：進行一次咽喉擦拭液採檢，並至法定傳染病通報系統之通報疾病「其他」項下「疑似新冠病毒感染送驗入口」進行通報送驗，同時填寫「旅遊史」之「旅遊國家」。前由「居家檢疫有症狀者送驗入口」通報送驗之新加坡、泰國旅遊史者，自即日起改由「疑似新冠病毒感染送驗入口」進行通報送驗。

(二)發燒或呼吸道症狀群聚現象者：請循原流程至「症狀通報系統」通報送驗，如懷疑與SARS-CoV-2有關，請透過本局與疾病管制署南區管制中心確認通報送驗方式。另有關於「發燒或呼吸道症狀群聚現象者」之監測採檢：須符合症狀監視及預警系統之上呼吸道感染群聚、類流感群聚或不明原因發燒群聚通報定義，並循群聚事件通報作業流程，於症狀系統中進行通報及個案檢體送驗(「症狀監視及預警系統作業說明」如附件2)，倘群聚事件之個案檢體檢驗結果均為陰性，疾管署檢驗中心將以原檢體再進行SARS-CoV-2檢驗以加強監測，另如不符合前述通報定義之群聚現象，個案檢體已就常見病原體檢驗陰性且醫師高度懷疑與SARS-CoV-2有關時，請與疾病管制署各區管制中心聯繫通報送驗方式。

(三)「抗生素治療3日未好轉且無明確病因」、「群聚事件個案」或「醫護人員」之肺炎個案：採咽喉擦拭液及痰液，並至法定傳染病通報系統之通報疾病「其他」項下「疑似新冠病毒感染送驗入口」進行通報送驗，同時將X-ray及門診或入院病摘上傳至法定傳染病通報系統。

(四)肺炎個案如採以上方式通報送驗，可安排住院，醫院對個案並應採取標準飛沫及接觸防護措施。

(五)若評估個案無須住院，請於採檢後，由醫院提供「自主健康管理應注意事項」(附件3)並衛教後，請其於簽收聯簽名，同時由醫院將簽收聯傳真衛生局，並請個案採檢後返家時應全程佩戴口罩，禁止搭乘大眾交通運輸工具。請務必告知個案返家配合自主健康管理及等待檢驗結果，於接獲通知檢驗結果前，留在家中，不可外出。

(六)個案採檢及住院應於負壓病室或單獨之病室或空間執行，



並依感染管制措施指引，採取適當的防護措施。

三、對於符合「嚴重特殊傳染性肺炎」通報定義，或是具二級流行地區旅遊史及居家檢疫有症狀者，請依既有作業流程（附件4、5），加強通報及送驗作業。

四、「嚴重特殊傳染性肺炎」之相關防疫措施將隨時依防疫需求更新並公布於疾病管制署全球資訊網(<http://www.cdc.gov.tw>)。

正本：社團法人台南市醫師公會、台南市診所協會、社團法人台南市中醫師公會、社團法人台南市牙醫師公會

副本：臺南市政府所屬各衛生所



局長陳 怡

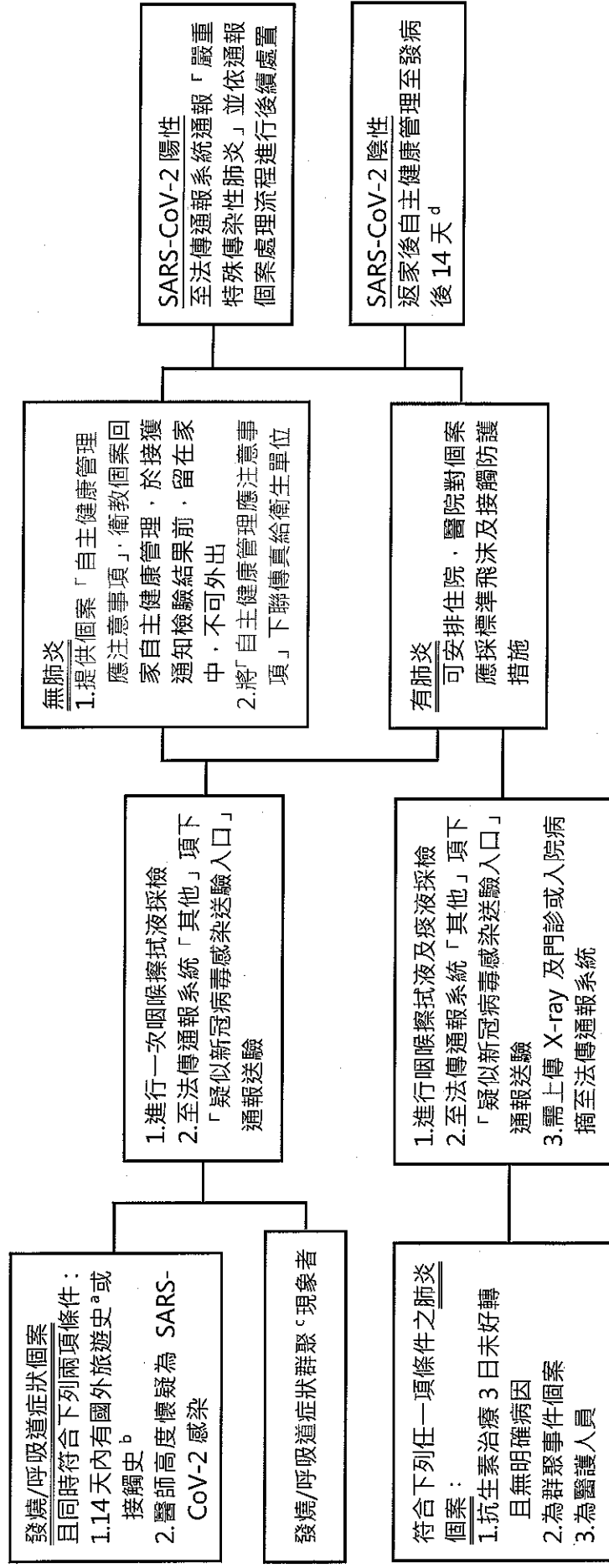
|      |                                                            |         |         |         |         |         |         |         |         |         |          |          |        |
|------|------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|--------|
| 收文日期 | 109年2月26日                                                  | 第       | 204     | 號       | 簽章      |         |         |         |         |         |          |          |        |
| 批示日期 | 109年3月2日                                                   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |          |          |        |
| 批示項目 | <input type="checkbox"/> 存查<br><input type="checkbox"/> 轉知 | 1. 全體會員 | 2. 學術主委 | 3. 健保主委 | 4. 環保主委 | 5. 口衛主委 | 6. 聯誼主委 | 7. 總務主委 | 8. 資訊主委 | 9. 偏遠主委 | 10. 公關主委 | 11. 法令主委 | 12. 秘書 |

花PO  
藍禮網  
金

# COVID-19(武漢肺炎)

## 社區監測通報採檢及個案處理流程

109年2月17日



<sup>a</sup> 曾赴新加坡、泰國、日本及其他等國家

<sup>b</sup> 曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士

<sup>c</sup> 群聚事件須符合「症狀通報系統」通報定義,並先經由該入口通報送驗,當其他病原檢驗陰性且醫師高度懷疑與 SARS-CoV-2 有關時,請與疾病管制署各區管制中心聯繫通報送驗方式

<sup>d</sup> 除非症狀惡化,無須再進行二採

#採檢及住院應於負壓病室或單獨之病室或空間執行,並依感染管制措施指引,採取適當的防護措施。個案就醫後由醫院提供「自主健康管理應注意事項」,並予以衛教,如有採檢,則裁下簽收聯送交衛生局,並請個案採檢後返家時應全程佩戴口罩,禁止搭乘大眾交通運輸工具

# 症狀監視及預警系統作業說明

中華民國 106 年 9 月 19 日修訂

中華民國 106 年 6 月 7 日修訂

中華民國 106 年 1 月 23 日修訂

中華民國 104 年 7 月 13 日修訂

## 壹、目的

依據傳染病防治法第26條暨傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法第13條規定，中央主管機關得視需要指定應監視之症狀，地方主管機關發現具指定症狀之疑似個案或群聚事件應報告中央主管機關，以強化入境旅客監測，有效掌控群聚事件，達到早期偵測、早期防治傳染病之目標。為使各執行單位執行症狀監視及預警系統(以下簡稱症狀通報系統)作業有所遵循，爰訂定作業說明。

## 貳、適用對象

- 一、 國際港埠及國內港埠之檢疫單位。
- 二、 地方政府衛生局（所）。

## 參、通報定義

地方政府衛生局（所）或疾病管制署檢疫單位發現其轄區發生疑似群聚事件應進行通報。僅檢疫單位可針對符合通報定義之單一個案通報。

- 一、 類流感聚集：個案出現類流感症狀，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。
  - ◆ 符合類流感病例通報定義：需同時符合下列三項條件：
    - （一）突然發病、有發燒（耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）及呼吸道症狀。
    - （二）具有肌肉酸痛、頭痛、極度倦怠感其中一項症狀者。
    - （三）需排除單純性流鼻水、扁桃腺炎與支氣管炎。
- 二、 上呼吸道感染群聚：個案出現上呼吸道症狀，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。
- 三、 不明原因發燒群聚：個案出現不明原因發燒（耳溫 $\geq 38$

°C)，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。

四、咳嗽持續三週以上患者群聚：個案出現咳嗽持續三週以上，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。

五、腹瀉群聚：出現腸道症狀，並具人、時、地關聯性者，判定為疑似群聚感染。

◆ 腸道症狀：一天內有腹瀉三次以上，且伴有嘔吐或發燒或黏液狀或血絲或水瀉。

◆ 於食品藥物管理署之產品通路管理資訊系統(PMDS)通報食品中毒事件且取得速報單編號，但仍有人體檢體送驗需求者，得通報腹瀉群聚事件。

◆ 每一群聚事件採檢送驗以一次為限，每次細菌及病毒病原體檢測不超出 8 件檢體，另經疾病管制署衛生調查訓練班(流病班)派員調查之群聚事件不受此限。

六、腸病毒群聚：發生於如醫院嬰兒室、新生兒病房、托嬰中心、產後護理之家等人口密集機構及場所，個案與相關接觸者為腸病毒感染併發重症高危險群者之疑似群聚事件始須通報，倘發生於學校之疑似群聚事件毋須通報採檢。採檢對象及檢體種類於疾病管制署區管中心與衛生局進行調查後，視實際情況定之，所採檢體請送疾病管制署昆陽實驗室。

七、水痘群聚：發生於船舶、航空器、幼托機構、學校、軍營、矯正機關等人口密集機構，個案出現急性發作之丘疹與水疱症狀，且有人、時、地關聯性，經判定為疑似水痘群聚感染且有擴散之虞。

#### 肆、通報作業流程與注意事項

本作業以網路通報方式為主，倘遇無法以網路通報情形時，則可改填通報表單以傳真方式辦理(作業流程如附件一)。

## 一、網路通報方式

(一) 指派專人負責本作業通報工作。

(二) 帳號申請開通作業：

- 1.檢疫單位及衛生局所人員進行通報作業前，需申請「症狀通報系統」(網址：<https://ida4.cdc.gov.tw/phb/>)之使用者帳號。
- 2.檢疫單位及衛生局所人員請上網填寫「衛生局所帳號申請表」；如屬衛生局所人員申請，由單位主管核章後傳真至轄區疾病管制署區管中心，區管中心人員收到傳真後上網確認並完成審核，由疾病管制署資訊室進行帳號密碼設定；如屬疾病管制署區管中心人員申請，由單位主管核章後逕行傳真至資訊室設定。
- 3.受理申請案件於 1-2 個工作天內完成帳號申請事項，並以電子郵件通知申請人審核結果。
- 4.人員如有職務異動或離職情事，請至網站系統公告欄下載「帳號取消申請表」，親自填寫並經單位主管核章，傳真至疾病管制署資訊室進行個人帳號異動/停止。

(三) 通報作業

- 1.衛生局所接獲各醫療院所、人口密集機構與場所、學校、其他(如民眾或國內港埠等)通報事件，應儘速進行初判調查，倘符合本作業通報定義之群聚事件，至症狀通報系統進行個案資料登錄通報。
- 2.檢疫單位人員，發現符合通報定義之單一個案或群聚事件，直接至症狀通報系統進行個案資料登錄通報。

## 二、傳真通報方式

- 1.倘遇無法以網路通報情形，改以填寫紙本通報單(如附件二)傳真方式辦理。
- 2.通報人員填妥通報單後，請先聯繫轄區疾病管制署區管中

心防疫或檢疫科，並將通報單同時傳真至轄區疾病管制署  
區管中心及疾病管制署疫情中心(傳真:02-33936044)。

## 伍、各主管單位職責及分工

### 一、地方政府衛生局(所)

- (一)掌握轄下醫療院所、人口密集機構與場所、學校、國內港埠等疑似群聚情形。
- (二)辦理通報事件相關初判調查及通報工作。
- (三)辦理通報事件詳細疫情調查及相關防疫措施。

### 二、疾病管制署暨各區管制中心

- (一)統籌辦理症狀監視及預警系統作業相關工作。
- (二)辦理國際港埠疑似個案或群聚事件之通報工作。
- (三)督導衛生局所之作業辦理狀況
- (四)彙整分析症狀通報資料並定期回饋分析結果。
- (五)視疫情狀況調整修訂本項作業說明相關規定。

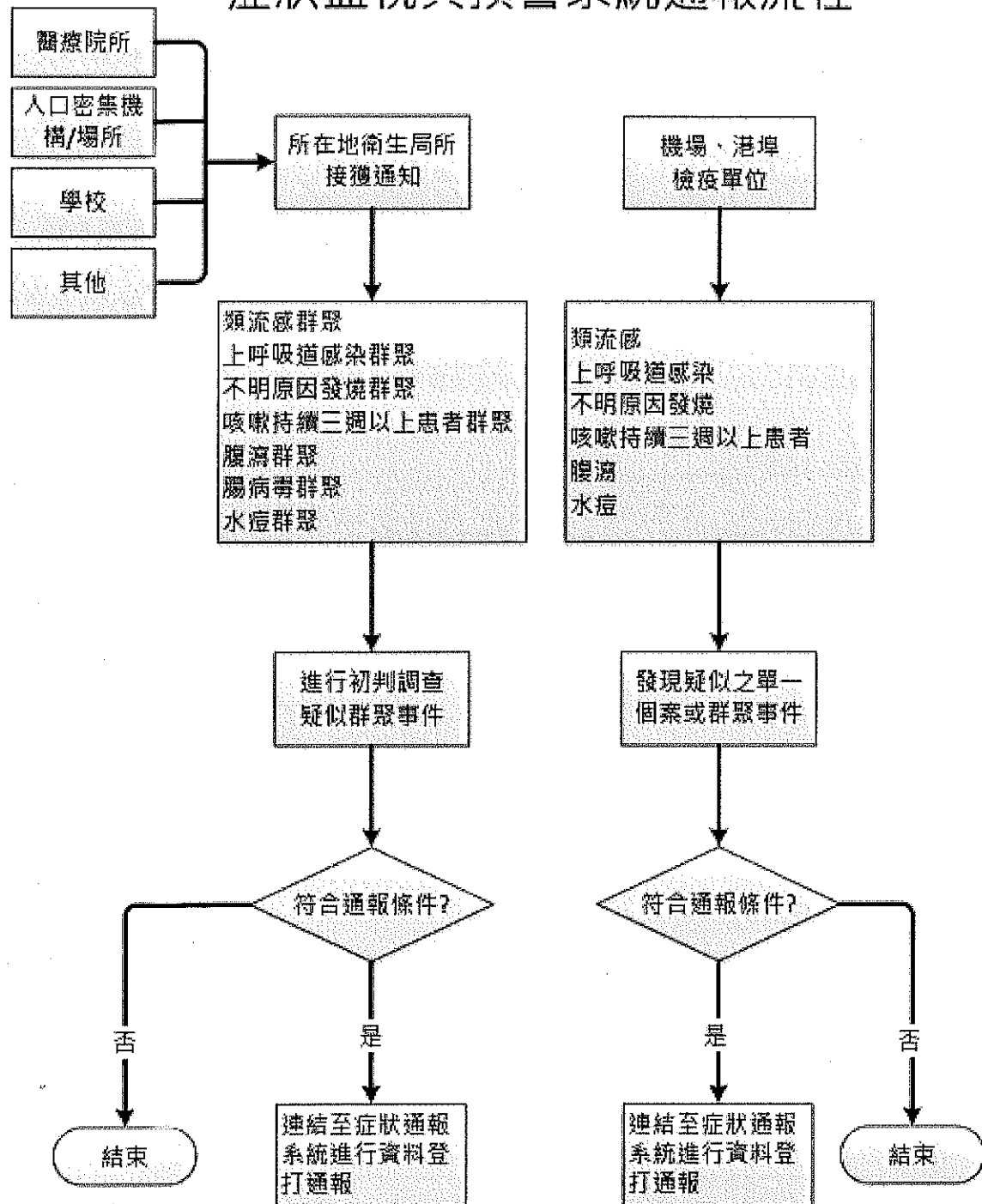
## 陸、其他

因應國內外重大疫情啟動各級防治作為時，本項作業說明相關規定及通報項目，得配合疫情隨時調整，另函文通知。

### 備註說明：

1. 中華民國 106 年 9 月 19 日疾管防字第 1060200788 號函「腹瀉群聚事件處理作業原則」，修正腹瀉群聚通報定義。
2. 中華民國 104 年 4 月 10 日疾管疫字第 1041200146 號函取消腹瀉群聚通報之排除食物中毒條件限制。
3. 中華民國 103 年 6 月 27 日疾管疫字第 1031200309 號函取消 H5N1 流感調查病例通報。
4. 中華民國 102 年 12 月 27 日疾管防字第 1020203756 號函修正水痘監視作業，自 103 年元月起新增水痘群聚通報。
5. 中華民國 101 年 4 月 23 日疾管疫字第 1011200156 號停止辦理「醫療院所腹瀉個案」通報作業及修正腹瀉群聚通報與採檢送驗事宜。
6. 中華民國 94 年 6 月 9 日疾管防字第 0940009619 號函修正疑似腸病毒群聚事件之通報與採檢送驗事宜。

## 症狀監視與預警系統通報流程



# 症狀通報報告單 (請保護病人隱私權)

附件二

## 通報資料

106/01/23

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通報項目   | <input type="checkbox"/> 類流感 <input type="checkbox"/> 上呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 不明原因發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽持續三週以上 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 腸病毒 <input type="checkbox"/> 水痘                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 檢核條件   | <p>類流感：</p> <p>1. <input type="checkbox"/>符合類流感病例通報定義 2. <input type="checkbox"/>符合類流感病例之密切接觸者(單選)</p> <p>3. 是否服用 Tamiflu: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 4. 最近六個月是否已接種流感疫苗: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否(單選)</p> <p>上呼吸道感染</p> <p>1. 是否服用 Tamiflu: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 2. 最近六個月是否已接種流感疫苗: <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否(單選)</p> <p>腸病毒</p> <p>1. 發生場所: <input type="checkbox"/>醫療院所嬰兒室 <input type="checkbox"/>新生兒病房 <input type="checkbox"/>托嬰中心 <input type="checkbox"/>產後護理之家(單選)</p> <p>2. 採檢對象: <input type="checkbox"/>個案(有疑似腸病毒感染症狀之嬰幼兒)</p> <p>相關接觸者: <input type="checkbox"/>其他嬰幼兒 <input type="checkbox"/>新生兒母親 <input type="checkbox"/>醫師 <input type="checkbox"/>護理人員 <input type="checkbox"/>其他工作人員(單選)</p> |
| 通報來源   | <input type="checkbox"/> 大陸人士來台 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 人口密集機構 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 軍營 <input type="checkbox"/> 矯正機關 <input type="checkbox"/> 餐飲旅宿業<br><input type="checkbox"/> 國際港埠檢疫 <input type="checkbox"/> 國內港埠檢疫 <input type="checkbox"/> 機場港口後送醫院 <input type="checkbox"/> 1922 通報 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 流感快篩結果 | <input type="checkbox"/> A 型陽性 <input type="checkbox"/> B 型陽性 <input type="checkbox"/> A 型陽性且 B 型陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未檢驗                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## 基本資料

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                       |           |                                                       |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------|
| 被通報者身分類別 | <input type="checkbox"/> 人口密集機構之住民 <input type="checkbox"/> 人口密集機構護理人員 <input type="checkbox"/> 非廚工之人口密集機構工作人員或其他(不含護理人員)<br><input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 一般就醫民眾 <input type="checkbox"/> 非廚工之醫院其他人員(含工作人員或住院病患或陪病家屬等)<br><input type="checkbox"/> 導遊 <input type="checkbox"/> 旅行團團員 <input type="checkbox"/> 司機 <input type="checkbox"/> 非廚工之餐飲旅宿業工作人員 <input type="checkbox"/> 廚工<br><input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 禽畜業者(含獸醫) <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 入境旅客 <input type="checkbox"/> 偷渡犯 <input type="checkbox"/> 外籍勞工<br><input type="checkbox"/> 孕婦 <input type="checkbox"/> 小於 1 歲 <input type="checkbox"/> 免疫低下或缺陷者(病名: ) <input type="checkbox"/> 其他( ) |             |                                                       |           |                                                       |
| 姓名       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 性別          | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身分證(護照)字號 |                                                       |
| 出生日期     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 發病日期        |                                                       | 診斷日期      |                                                       |
| 居住地      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 聯絡電話(住宅/手機) |                                                       | 是否出國      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 入境日期     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 入境(來自)國家    |                                                       | 入境班機/船舶航次 |                                                       |
| 入境類別     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 旅行社名稱       |                                                       | 有無症狀      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 主要症狀     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 有無採驗        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 衛生局所收到日期  |                                                       |
| 死亡日期     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 死亡原因        |                                                       |           |                                                       |

## 醫院資料

|      |  |      |  |      |  |
|------|--|------|--|------|--|
| 醫院診所 |  | 診斷醫師 |  |      |  |
| 傳真   |  | 電話   |  | 院所地址 |  |

## 聚集事件資料

|              |                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                                                       |         |                                                          |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------|
| 是否聚集         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                        | 是否舊聚集                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 舊聚集事件編號 |                                                          |
| 聚集事件名稱       |                                                                                                                                                                                                              | 聚集事件編號                                                      |                                                       | 個案/接觸者  | <input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者 |
| 聚集場所類型       | <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 人口密集機構 <input type="checkbox"/> 學校<br><input type="checkbox"/> 養殖場 <input type="checkbox"/> 旅行社 <input type="checkbox"/> 營區 <input type="checkbox"/> 其他 | 聚集事件發生地                                                     |                                                       |         |                                                          |
| 連絡電話         |                                                                                                                                                                                                              | 總調查人數                                                       |                                                       | 目前有症狀人數 |                                                          |
| 是否已通報為食品中毒事件 |                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 是, 通報單號 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |         |                                                          |

備註: 1. 衛生局接獲通知, 儘速進行初步調查, 如具人、時、地關聯性, 判定為疑似群聚感染且有播散之虞時, 進行通報作業; 機場、港口檢疫單位發現符合通報定義之單一個案或群聚事件, 進行通報。

2. 如通報腹瀉群聚時, 請就「是否已通報為食品中毒事件」欄位填寫。

## 防範武漢肺炎 自主健康管理應注意事項

2020/02/16 版

因您為武漢肺炎(COVID-19)之社區監測採檢對象，為降低可能傳播風險，並保障您自己及親友的健康，請於發病後 14 日內確實做好自主健康管理措施：

- 一、自採檢醫院返家後，於接獲通知檢驗結果前，應留在家中，不可外出。
- 二、維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可以使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部清潔。另應注意儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。手部接觸到呼吸道分泌物時，請用肥皂及清水搓手及澈底洗淨。
- 三、於自主健康管理期間，每日早/晚各量體溫一次、詳實記錄體溫及活動史。
- 四、生病期間應於家中休養，並佩戴外科口罩、避免外出。當口罩沾到口鼻分泌物時，應立即更換並內摺丟進垃圾桶。
- 五、生病期間，與他人交談時，除戴上外科口罩外，儘可能保持 1 公尺以上距離。
- 六、如果症狀緩解或痊癒後，仍可正常生活，但應儘量避免出入公共場所，外出時，請一定嚴格遵守全程佩戴外科口罩。
- 七、如果症狀加劇，請確實佩戴好外科口罩，主動通報地方衛生局/所，由其協助就醫。就醫時，並應主動告知醫師接觸史、旅遊史、居住史、職業暴露、以及身邊是否有其他人有類似的症狀。

自主健康管理應注意事項簽收聯(本聯請醫院轉送或傳真衛生局)

|     |       |
|-----|-------|
| 姓名： | 身分證號： |
| 住址： | 聯絡電話： |
|     | 手 機：  |

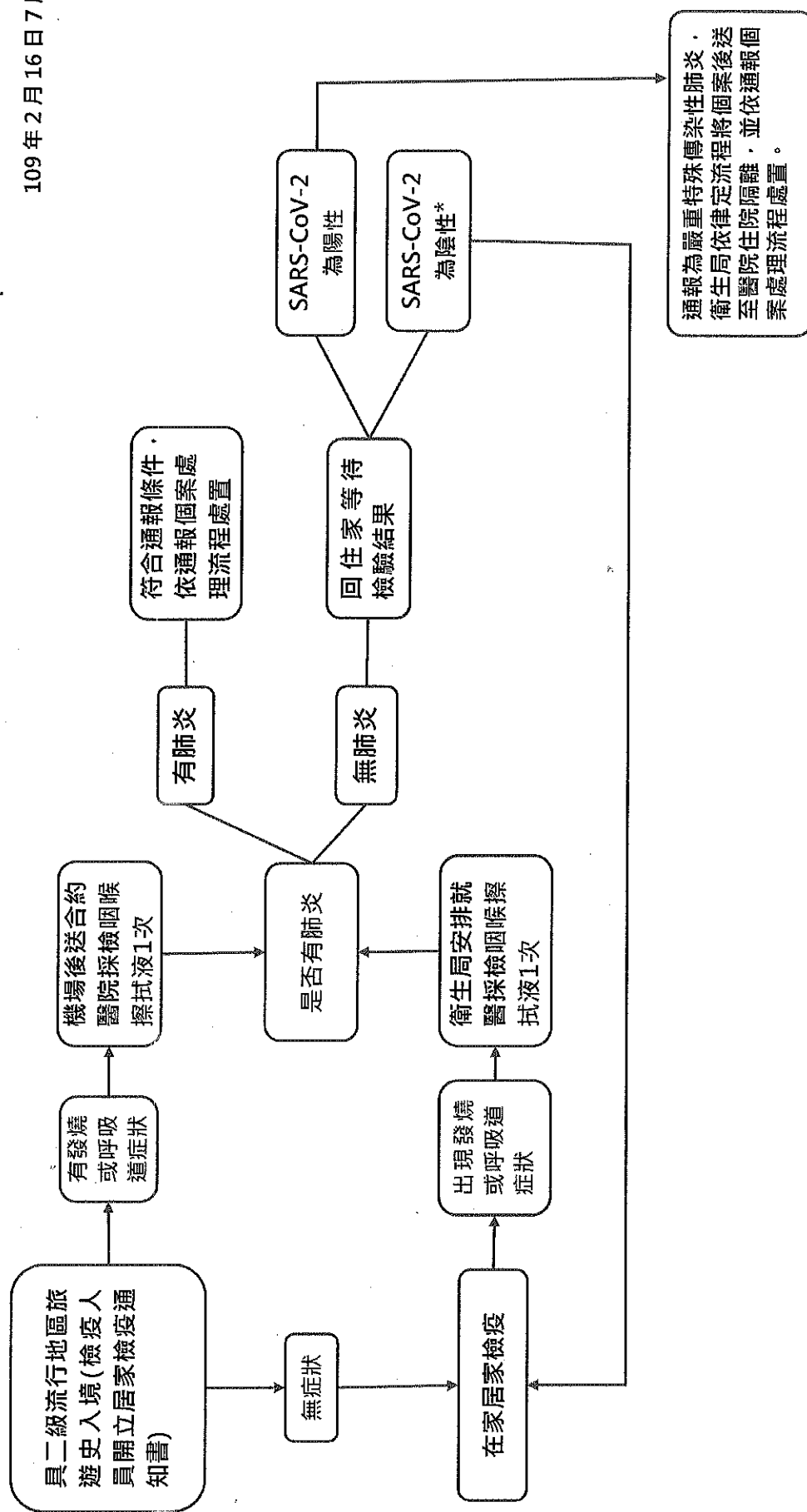
經衛教後已了解自主健康管理期間應注意事項

簽名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

# 具二級流行地區旅遊史入境及居家檢疫出現症狀者之處理流程

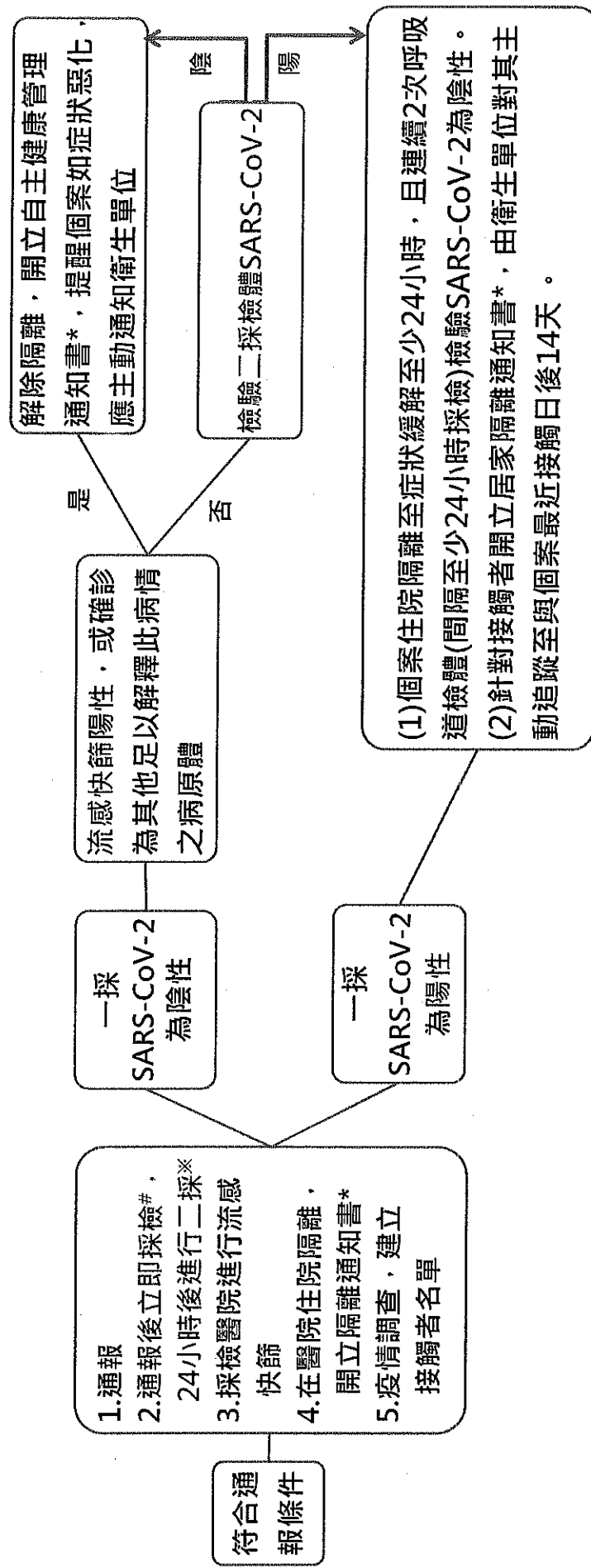
109年2月16日7版



- 備註
- \*檢驗結果 SARS-CoV-2 為陰性，持續居家檢疫滿 14 天，除非症狀惡化，無須再進行二採
  - #採檢及住院應於負壓病室或單獨之病室或空間執行，並依感染管制措施指引，採取適當的防護措施
  - #個案採檢後回家時應全程佩戴口罩，禁止搭乘大眾交通運輸工具

# 嚴重特殊傳染性肺炎通報個案處理流程

109 年 2 月 16 日



\*第 1 次採檢項目包括咽喉擦拭液、痰液及血清，第 2 次採檢僅需咽喉擦拭液

\*隔離治療通知書、自主健康管理通知書及居家隔離通知書由地方政府衛生局開立

#採檢及住院應於負壓病室或單獨之病室或空間執行，並依感染管制措施指引，採取適當的防護措施