

附表八之一 健康署執行「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」之特約醫事服務機構資格及執行人員資格

服務項目	特約醫事服務機構資格	執行人員資格
糞便抗原檢測 胃幽門螺旋桿 菌服務	申請辦理糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務者，應為全民健康保險特約醫院、診所，其檢體應送至取得醫事檢驗機構開業執照／醫事服務機構開業執照（含檢驗單位）之檢驗機構檢驗。	全民健康保險特約醫院、診所執業之醫事人員。

其他應配合事項：

- 一、醫事人員於執業機構外提供預防保健服務，除本注意事項規定者外，應依其他醫事相關法令規定辦理。
- 二、辦理「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」之醫事機構，其檢體如委託其他檢驗醫事機構代檢者，應與其簽具保密切結書，以維護篩檢個案隱私。

附表八之二 健康署執行「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」對象、時程、服務內容及補助金額

(單位：新臺幣元)

醫令代碼	就醫序號	服務對象及時程	服務內容	補助金額
3F	IC3F	四十五歲至七十四歲者，終身一次	一、提供民眾含保存液之採檢管、衛教單張、衛教諮詢、洽催採檢管繳送、設置回收點、運送、檢驗結果通知、陽性個案檢驗報告寄送暨追蹤管理、以及其他所需人力與行政業務。 二、健保特約醫事服務機構執行本項服務之檢驗項目應由取得醫事檢驗機構開業執照／醫事服務機構開業執照(含檢驗單位)之檢驗機構辦理本項檢驗，其資料需上傳至健康署指定之系統。	450
備註： 一、有關年齡以「年份」為檢核條件：年齡條件定義為「$45 \leq \text{就醫年} - \text{出生年} \leq 75$」，未曾接受過檢測服務者。 二、預防保健服務日係指門診日期。 三、糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌工具規格：取得本部醫療器材許可證且於有效期限內之檢測試劑。 四、機構不得向民眾收取額外檢驗檢查、出具檢驗報告與寄送等相關費用。 五、本項服務依據附表八之三「表單填寫與保存」規範，檢核各辦理院所「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統-胃癌篩檢系統(糞便抗原)」資料，並定期結算費用。 六、如因不可抗拒因素致檢體失效，可提供再次檢測服務，每次檢測服務每名補助 100 元，以一次為限，需於附表八之四至八之六詳實登錄上傳。 七、如檢驗結果為陽性個案，於規範期限內完成除菌藥物治療並確實服藥之追蹤且詳實登錄於附表八之六「醫療處置資料」之「除菌藥物治療項目」，每名補助 200 元。				

附表八之三 健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」對象資格查核、表單填寫與保存

類別	內容
服務對象資格查核	一、特約醫事服務機構於提供服務前，應以保險對象之健保卡及使用健康署指定之查詢系統(如醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統或癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統)確認其「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」之註記日期或查詢服務對象之篩檢資格並登錄。 二、特約醫事服務機構應於保險對象之健保卡登錄每次提供各項預防保健服務時間，並應依期程及相對應之時間於健康署指定之系統登錄。
表單填寫與保存	一、辦理「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」者，應自門診日起30個日曆天將健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務管理紀錄表」(如附表八之四)詳實記載並登錄上傳至健康署指定之系統。 二、辦理「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」者，應自門診日起90個日曆天透過其檢驗部門或委託代檢之醫事檢驗機構，將「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務管理紀錄表－檢驗結果」(如附表八之五)登錄上傳至健康署指定之系統。 三、如檢測結果為陽性，應自檢驗日起90個日曆天完成陽性個案追蹤並填具健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務管理紀錄表－陽性個案追蹤表」(如附表八之六)，並登錄上傳至健康署指定之系統。

健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」管理紀錄表

支付方式：☐預防保健☐健保醫療給付☐其他公務預算補助☐自費健康檢查☐其他

115 年 1 月

採檢單位：_____ 醫事機構代碼：_____

姓名：_____, 性別：☐男☐女, 原住民：☐否 ☐是(請續答, _____ 族)

身分證：_____, 出生日期：民國_____年____月____日, 門診日期：民國_____年____月____日

(若糞便抗原檢測首次檢驗結果為②檢測失效, 第二次門診日期為民國_____年____月____日)

聯絡電話：(_____)_____, 手機：_____

宗教：☐無 ☐天主教 ☐基督教 ☐佛教 ☐道教 ☐一貫道 ☐其他_____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

教 育：☐無 ☐小學 ☐國(初)中 ☐高中(職) ☐專科、大學 ☐研究所以上 ☐拒答職 業：☐有, _____; ☐無; ☐拒答婚姻狀況：☐未婚 ☐已婚 ☐其他

個人病史

1. 個人(曾經)：☐無 ☐胃炎 ☐胃潰瘍 ☐十二指腸潰瘍 ☐胃食道逆流 ☐胃腫瘤 ☐胃癌 ☐胃幽門桿菌感染
☐其他_____; 民國_____年/☐不詳2. 曾接受胃幽門桿菌除菌治療：☐無 ☐有3. 曾接受過胃鏡檢查：☐無 ☐有, 民國_____年/☐不詳4. 近一個月內是否使用潰瘍/胃食道逆流特效藥(一日一顆)：☐無 ☐有5. 藥物過敏：☐無 ☐有, 藥物名稱：_____

家族病史

1. 幽門桿菌家族史：☐不詳 ☐無; ☐有(請續答, 可複選)☐父 ☐母 ☐夫妻 ☐兄弟姊妹, 共_____人
☐子女, 共_____人 ☐其他_____, 共_____人2. 消化性潰瘍家族史(胃或十二指腸)：☐不詳 ☐無; ☐有(請續答, 可複選)☐父; ☐母; ☐夫妻; ☐兄弟姊妹, 共_____人; ☐子女, 共_____人; ☐其他_____, 共_____人3. 胃癌家族史：☐不詳 ☐無; ☐有(請續答, 可複選)☐父; ☐母; ☐夫妻; ☐兄弟姊妹, 共_____人/☐不詳; ☐子女, 共_____人/☐不詳; ☐其他_____, 共_____人/☐不詳用藥史：最近三個月有無服用下列藥物：☐無☐有(續答下列各項, 如有請打勾, 可複選)☐1. 止痛藥 ☐2. 類固醇☐3. 抗血小板藥物：☐ (1) 阿斯匹靈(aspirin)、☐ (2) 保栓通(plavix)、☐ (3) 其他_____☐4. 抗凝血劑：☐ (1) 可邁丁(coumadin)、☐ (2) 其他_____☐5. 糖尿病用藥：☐ (1) 口服型控制血糖、☐ (2) 注射型胰島素☐6. 使用鐵劑治療貧血

生活型態

1. 您有無吸菸習慣?☐ 0. 從不 ☐ 1. 已戒 ☐ 2. 目前有吸 ☐ 3. 其他_____2. 您有無喝酒習慣?☐ 0. 從不 ☐ 1. 已戒 ☐ 2. 目前有喝 ☐ 3. 其他_____3. 您有無嚼檳榔習慣?☐ 0. 從不 ☐ 1. 已戒 ☐ 2. 目前有嚼 ☐ 3. 其他_____

4. 您是否常常(每週3次或以上)食用醃漬食物如鹹魚、醬瓜、豆瓣醬、酸菜等習慣?

☐ 0. 無 ☐ 1. 有

5. 您是否常常(每週3次或以上)食用煙燻、燒烤、高香料的肉類如香腸、烤肉等習慣?

☐ 0. 無 ☐ 1. 有

6. 您是否常常(每週3次或以上)食用生食如生肉、生魚等習慣?

☐ 0. 無 ☐ 1. 有

*本人同意接受以糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌檢查, 相關資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理使用

確認以上資料正確無誤：_____

※本表由採檢單位上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」管理紀錄表－檢驗結果

115 年 1 月

糞便抗原檢驗資料(由糞便抗原檢驗單位/機構填寫)

1. 檢驗單位機構代碼：_____，檢驗單位機構名稱：_____
 2. 檢驗日期：民國_____年____月____日
 3. 檢驗結果：☐①陰性，☐①陽性，☐②檢測失效
 4. 試劑商品名稱：(中)_____ (英)_____；
許可證字號：_____字第_____號；有效日期：民國_____年____月____日
 5. 報告日期：民國_____年____月____日
- 若首次檢驗結果為②檢測失效，再次檢測後請填寫以下內容
6. 二次檢驗日期：民國_____年____月____日
 7. 二次檢驗結果：☐①陰性，☐①陽性
 8. 二次試劑商品名稱：(中)_____ (英)_____；
許可證字號：_____字第_____號；有效日期：民國_____年____月____日
 9. 二次報告日期：民國_____年____月____日

第一聯：檢驗機構回報採檢機構聯

※本表由採檢單位委託之醫事檢驗單位/機構辦理本項檢驗並上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」管理紀錄表－檢驗結果

115 年 1 月

糞便抗原檢驗資料(由糞便抗原檢驗單位/機構填寫)

1. 檢驗單位機構代碼：_____，檢驗單位機構名稱：_____
 2. 檢驗日期：民國_____年____月____日
 3. 檢驗結果：☐①陰性，☐①陽性，☐②檢測失效
 4. 試劑商品名稱：(中)_____ (英)_____；
許可證字號：_____字第_____號；有效日期：民國_____年____月____日
 5. 報告日期：民國_____年____月____日
- 若首次檢驗結果為②檢測失效，再次檢測後請填寫以下內容
6. 二次檢驗日期：民國_____年____月____日
 7. 二次檢驗結果：☐①陰性，☐①陽性
 8. 二次試劑商品名稱：(中)_____ (英)_____；
許可證字號：_____字第_____號；有效日期：民國_____年____月____日
 9. 二次報告日期：民國_____年____月____日

第二聯：檢驗醫事機構留存聯

※本表由採檢單位委託之醫事檢驗單位/機構辦理本項檢驗與資料上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

健康署「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌服務」陽性個案追蹤表

115 年 1 月

採檢單位名稱：_____，醫事機構代碼：_____

檢驗單位名稱：_____，醫事機構代碼：_____

姓名：_____，身分證字號：_____

聯絡電話：() _____，手機：_____

門診日期：____年____月____日

(檢測失效再次檢測門診日期____年____月____日)

轉介/轉診

提供轉介/轉診日期：____年____月____日；轉介/轉診醫事服務機構：_____，科別：_____

醫療處置資料 胃鏡/除菌藥物治療其一有執行才可填寫醫療處置資料

除菌藥物治療：

*有無給藥：☐有 ☐無，原因_____支付方式：☐健保醫療給付 ☐自費 ☐其他：_____開立藥物單位：☐原檢測單位 ☐其他_____

開立日期：____年____月____日

開立天數：☐10 天 ☐14 天 ☐其他，_____天開立除菌藥物項目：☐三合一：PPI 加兩種抗生素☐四合一：PPI 加三種抗生素（有 bismuth）☐四合一：PPI 加三種抗生素（無 bismuth）☐二合一：高劑量 PPI 及高劑量 amoxicillin ☐其他_____給藥單位：☐原檢測單位 ☐其他_____（醫事機構代碼）

實際服藥日期：____年____月____日，

是否確實服藥：☐0.是，☐1.否，實際服藥天數_____天，原因_____。

（備註：確實服藥定義—服藥天數大於開立天數*0.8，例：10 天藥物至少要吃 8 天，14 天藥物至少要吃 12 天）

請依據個案是否有下列副作用情形勾選：

副作用	1.皮膚過敏			2.腸胃道				3.腹			4.頭		5.其他
	紅疹	癢	其他	噁心	嘔吐	胃痛	胃口差	腹痛	腹瀉	脹氣	痛	暈	
服藥後前 5 或 7 日													
服藥後後 5 或 7 日													

胃鏡：

有無胃鏡：☐有 ☐無，原因_____

鏡檢醫事機構代碼：_____；科別：_____

鏡檢日期：____年____月____日，

鏡檢結果：☐未發現異常 ☐胃炎 ☐胃潰瘍 ☐十二指腸潰瘍 ☐胃食道逆流 ☐胃息肉 ☐胃腫瘤☐胃癌 ☐黏膜下腫瘤 ☐其他：_____（可複選）

追蹤關懷紀錄

第 1 次追蹤日期：____年____月____日，追蹤方式：☐面訪 ☐電訪 ☐郵寄 ☐電子郵件 ☐其他_____

不願接受進一步檢查或治療理由：

☐01. 已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ ☐02. 拒絕胃鏡 ☐03. 拒絕服藥治療☐04. 拒絕手術或其他治療 ☐05. 無法聯繫 ☐06. 其他_____第 2 次追蹤日期：____年____月____日，追蹤方式：☐面訪 ☐電訪 ☐郵寄 ☐電子郵件 ☐其他_____

不願接受進一步檢查或治療理由：

☐01. 已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ ☐02. 拒絕胃鏡 ☐03. 拒絕服藥治療☐04. 拒絕手術或其他治療 ☐05. 無法聯繫 ☐06. 其他_____第 3 次追蹤日期：____年____月____日，追蹤方式：☐面訪 ☐電訪 ☐郵寄 ☐電子郵件 ☐其他_____

不願接受進一步檢查或治療理由：

☐01. 已自行至醫院就診，就診醫療院所：_____ ☐02. 拒絕胃鏡 ☐03. 拒絕服藥治療☐04. 拒絕手術或其他治療 ☐05. 無法聯繫 ☐06. 其他_____

備註：

※如不願接受進一步檢查或治療理由為 01. 已自行至醫院就診，可結案；如為 02 至 06，請於適當間隔進行追蹤並填具 3 次追蹤關懷紀錄。

※如完成醫療處置資料及/或追蹤關懷紀錄，並核付本項預防保健服務費用，本表資料不得修改。

※本表由採檢單位上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。