

全民健康保險癌症治療品質改善計畫

112年5月19日健保醫字第1120109476號公告並於112年6月1日實施
113年1月24日健保醫字第1130101605號公告修正並於113年1月1日實施

壹、依據

全民健康保險會（下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

- 一、113年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額中之「癌症治療品質改善計畫」專款項下支應，全年度經費為414百萬元，得與西醫基層總額及牙醫門診總額同項專款相互流用。
- 二、113年全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中之「癌症治療品質改善計畫」專款項下支應，全年度經費93百萬元，得與醫院總額及牙醫門診總額同項專款相互流用。
- 三、113年全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額中之「癌症治療品質改善計畫」專款項下支應，全年度經費10百萬元，得與醫院總額及西醫基層總額同項專款相互流用。
- 四、本專款預算支應本計畫所列給付項目及支付標準，至於執行本計畫之轉診、檢驗檢查、治療及手術等醫療費用，由醫事服務機構所屬總額部門相關預算支應。

參、目的

為提高預防保健服務之大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌與肺癌篩檢（以下稱「癌症篩檢」）疑似異常個案，進一步完成診斷，透過本計畫之追蹤管理及提升醫療院所診斷品質，建立以篩檢異常個案為中心之主動追蹤管理模式，期能提升篩檢效益、早期治療及增進治療效率，降低罹癌風險與減少晚期癌症發生。

肆、計畫期間

本計畫自113年1月1日起至113年12月31日止。

伍、參與計畫醫療院所

- 一、醫療院所資格：全民健康保險（以下稱本保險）特約醫事服務機構辦理下列衛生福利部（以下稱衛福部）預防保健服務癌症篩檢相關業務者：
 - （一）可辦理衛福部預防保健服務之癌症篩檢服務之醫事服務機構。
 - （二）可辦理衛福部癌症篩檢結果為陽性或異常個案進一步確定診斷之醫事服務機構。
- 二、衛福部國民健康署（以下稱國健署）及衛福部口腔健康司（以下稱口腔

司) 應將執行本計畫之醫事服務機構名單送保險人, 異動者亦同。

陸、收案條件

本保險對象接受衛福部癌症篩檢服務且符合下列各癌別之條件者:

一、大腸癌

50 歲至未滿 75 歲民眾, 經定量免疫法糞便潛血篩檢 (2 年 1 次) 結果為陽性。

二、口腔癌

30 歲以上嚼檳榔 (含已戒) 或吸菸者、18 歲以上嚼檳榔 (含已戒) 之原住民, 經口腔黏膜檢查 (2 年 1 次) 結果為下列情形之一者:

(一) 高癌化異常者: 包括疑似口腔癌、口腔內外不明原因腫塊、紅斑、紅白斑、疣狀增生、非均質性白斑、均質性厚白斑。

(二) 其他經評估需作切片者: 須經轉診至口腔科審查通過之「確診醫院」或「確診及治療醫院」, 由專科醫師評估須切片確診者。

三、子宮頸癌

30 歲以上婦女, 經子宮頸抹片檢查 (1 年 1 次) 抹片判讀結果為非典型腺體細胞病變 (AGC) 或高度鱗狀上皮細胞病變 (HSIL) 以上者 (抹片結果編碼為 5, 8-13, 15-18)。

四、乳癌

45 歲至 69 歲婦女, 或 40 歲至 44 歲二親等內血親曾罹患乳癌之婦女, 經乳房 X 光攝影檢查結果 (2 年 1 次) 為 Category 0 (需附加其他影像檢查再評估)、4 (可疑異常須考慮組織生檢) 以及 5 (高度疑似乳癌, 須採取適當措施) 者。

五、肺癌

具肺癌家族史之 45 歲至 74 歲女性或 50 歲至 74 歲男性, 或 50 歲至 74 歲重度吸菸者, 經低劑量電腦斷層檢查 (2 年 1 次) 結果為 Category 3 (有結節但可能為良性)、4A、4B/4X (有異常結節), 並經胸腔專科醫師評估須進行 3 個月、6 個月檢查追蹤或須進行確診程序者。

柒、服務內容

一、篩檢結果為疑似異常個案之追蹤管理: 由原篩檢醫事服務機構執行。

(一) 大腸癌

1. 執行項目:

(1) 對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、大腸鏡檢查之準備與注意事項。

(2) 確立診斷之轉介或轉診服務: 與個案溝通就醫意向, 並提供同院所同科別 (或跨科別) 服務或透過健保電子轉診平台或紙本

轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存。

(3)追蹤並填報個案大腸鏡確立診斷及處置結果。

2. 追蹤管理結果之填報方式：

(1)依據「確診醫事服務機構」通知之確診結果，填寫「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單—個案確診結果」(如附表 1，最新表單請上國健署網站下載)，並上傳至「癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統」(以下稱癌整系統)。

(2)前開結果上傳資料可由原篩檢醫事服務機構委託之合作檢驗機構辦理。

3. 執行期限：

(1)自個案接受定量免疫法糞便潛血檢查檢驗日起：

A. 30 個日曆天(含)內完成個案轉診，以健保電子轉診平台或紙本轉診單開單日期為認定標準。

B. 90 個日曆天(含)內完成個案大腸鏡確立診斷之追蹤。

(2)自確診醫事服務機構大腸鏡確立診斷完成隔日起 21 個日曆天(含)內，完成追蹤管理結果之填報。

(二)口腔癌

1. 執行項目：

(1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、口腔切片之準備與注意事項。

(2)確立診斷之轉介或轉診服務：與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存。

(3)追蹤並填報個案切片確立診斷結果(含病理診斷)。

2. 追蹤管理結果之填報方式：

依據「確診醫事服務機構」通知之確診結果，填寫「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單—B. 個案複檢(確診)結果」(如附表 4，最新表單請上口腔司網站下載)，並上傳至癌整系統。

3. 執行期限：

(1)自篩檢日起：

A. 30 個日曆天(含)內完成個案轉診，以健保電子轉診平台或紙本轉診單開單日期為認定標準。

B. 60 個日曆天(含)內完成個案切片確立診斷之追蹤。

(2)自確診醫事服務機構切片確立診斷完成隔日起 21 個日曆天

(含)內，完成追蹤管理結果之填報。

(三)子宮頸癌

1. 執行項目：

- (1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、切片之準備與注意事項。
- (2)確立診斷之轉介或轉診服務:與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存。
- (3)追蹤個案完成切片確診。

2. 追蹤管理結果之填報：無。

3. 執行期限：自抹片採檢日起：

- (1)30 個日曆天(含)內完成個案轉診，以健保電子轉診平台或紙本轉診單開單日期為認定標準。
- (2)90 個日曆天(含)內完成個案切片確立診斷之追蹤。

(四)乳癌

1. 執行項目：

- (1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、複檢/確診之準備與注意事項。
- (2)確立診斷之轉介或轉診服務:與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件請以電子檔或資料建置留存。
- (3)追蹤個案完成複檢或確立診斷結果。

2. 追蹤管理結果之填報：無。

3. 執行期限：自乳房攝影日起

- (1)30 個日曆天(含)內完成個案轉診，以健保電子轉診平台或紙本轉診單開單日期為認定標準。
- (2)60 個日曆天(含)內，完成個案複檢或確立診斷之追蹤。

(五)肺癌

1. 執行項目：

- (1)對個案進行健康指導、疾病管理進程說明、追蹤檢查或切片確立診斷之準備與注意事項。
- (2)確立診斷之轉介或轉診服務:與個案溝通就醫意向，並提供同院所同科別(或跨科別)服務或透過健保電子轉診平台或紙本轉診提供跨院轉診服務。如以紙本開立轉診單者，其相關文件

請以電子檔或資料建置留存。

(3)追蹤個案完成接受檢查追蹤或確立診斷程序。

2. 追蹤管理結果之填報：無。

3. 執行期限：

(1)自攝影檢測日起，次次月 20 日（含）內，完成影像檢查評估結果。

(2)若個案經胸腔專科醫師評估結果為：

A.「3 個月後檢查追蹤」：自攝影檢測日起 120 個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

B.「6 個月後檢查追蹤」：自攝影檢測日起 210 個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

(3)若個案經胸腔專科醫師評估結果為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」，自評估或檢查結果日起 90 個日曆天(含)完成確診程序。

二、提升癌症診斷品質管理：由接受轉診醫事服務機構執行；另為提高個案就醫可近性，請設置就醫綠色通道。

(一)大腸癌

1. 執行項目：

(1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意（含提供原篩檢醫事服務機構確診結果）、大腸鏡檢查注意事項及排程（含提供合適之清腸劑）。

(2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則。

2. 確立診斷：須完成大腸鏡檢查及處置；如發現病灶如息肉等而無處置者，應於病歷敘明理由。

3. 上傳報告：上傳「定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單—大腸鏡確診結果」（如附表 2，最新表單請上國健署網站下載）及「大腸鏡報告（Colonoscopy Report）」（如附表 3，最新表單請上國健署網站下載）至癌整系統。

4. 執行期限：

(1)自個案接受定量免疫法糞便潛血檢查檢驗日起 90 個日曆天（含）內，完成大腸鏡檢查並確立診斷及處置。

(2)大腸鏡檢查完成隔日起 21 個日曆天(含)內，完成上傳報告。

(3)大腸鏡檢查確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，通知原篩檢

特約醫事服務機構個案確立診斷及處置結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(二) 口腔癌

1. 執行項目：

(1) 自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、切片確診注意事項及切片手術(含術後護理衛教及照護)。

(2) 上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則。

2. 確立診斷：完成切片確診並上傳病理診斷結果。

3. 上傳報告：上傳「口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單一口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果」(含病理診斷結果，如附表 5，最新表單請上口腔司網站下載)至癌整系統。

4. 執行期限：

(1) 自篩檢日起 60 個日曆天(含)內，完成切片確診。

(2) 自切片確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，完成上傳報告(含病理診斷結果)。

(3) 自切片確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(三) 子宮頸癌

1. 執行項目：

(1) 自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、切片確診注意事項及切片確立診斷。

(2) 上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則。

2. 確立診斷：完成切片確診。

3. 上傳報告：上傳「子宮頸(陰道)切片個案資料登記表」(含病理組織切片結果，如附表 6，最新表單請上國健署網站下載)至癌整系統。

4. 執行期限：

- (1)自抹片採檢日起 90 個日曆天(含)內，完成切片確立診斷。
- (2)自切片確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，完成上傳報告。
- (3)自切片確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(四)乳癌

1. 執行項目：

- (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構確診結果)、複檢、切片確立診斷等程序之安排。
- (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構確立診斷結果；如係透過健保電子轉診系統接受轉診之院所，於規範期限內以該系統回復予原篩檢院所為原則。

2. 確立診斷：

- (1)X 光攝影檢查結果為 Category0 者：進行複診；複檢結果為 Category 1、2、3 者，予以結案。
- (2)X 光攝影檢查結果為 Category4、5，或 Category0 複檢結果為 Category4、5 者：進行檢查、切片，以確立診斷。

3. 上傳報告：上傳「婦女乳房 X 光攝影檢查服務疑似異常個案追蹤表」(如附表 7，最新表單請上國健署網站下載)至癌整系統。

4. 執行期限：

- (1)自乳房攝影日起，60 個日曆天(含)內，完成複檢或確立診斷。
- (2)自複檢或確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，完成報告上傳。
- (3)自切片確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

(五)肺癌

1. 執行項目：

- (1)自接受轉診個案後之各項醫事服務聯繫與安排，包含協助門診安排及評估指導、疾病管理進程說明、病人知悉同意(含提供原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確診結果)、檢查追蹤及切片檢查等程序之安排。
- (2)上傳報告並通知原篩檢醫事服務機構檢查追蹤或確立診斷結果。

2. 確立診斷：

- (1)經胸腔專科醫師評估結果為「3 個月後檢查追蹤」或「6 個月

後檢查追蹤」或「另進行斷腦斷層（CT）等檢查後評估檢查追蹤」者：完成第 1 次追蹤（透過 CT 等方式觀察結節或肺部變化情形），且第 1 次追蹤結果無須進行確診程序。

(2) 經胸腔專科醫師評估結果為「需進行確診程序」或「另進行電腦斷層（CT）等檢查後評估需進行確診程序」或第 1 次追蹤結果為「需進行確診程序」者：完成切片或細胞學診斷等確立診斷之檢查。

3. 上傳報告：上傳「肺癌早期偵測計畫疑似異常個案追蹤表」（如附表 8，最新表單請上國健署網站下載）至癌整系統。

4. 執行期限：

(1) 檢查追蹤或確立診斷：

A. 若評估為「3 個月後檢查追蹤」者：自攝影檢測日起 120 個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

B. 若評估為「6 個月後檢查追蹤」者：自攝影檢測日起 210 個日曆天(含)內，完成檢查追蹤。

C. 若評估為「需進行確診程序」，或前開檢查追蹤結果為「需進行確診程序」：自評估或檢查結果日起 90 個日曆天(含)內，完成確立診斷之檢查。

(2) 自追蹤或確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，完成報告上傳。

(3) 自追蹤或確立診斷隔日起 21 個日曆天(含)內，通知原篩檢醫事服務機構個案檢查追蹤或確立診斷結果；如篩檢與確立診斷為同一醫事服務機構，亦請於期限內通知原篩檢單位。

捌、給付項目及支付標準（詳附件 1）

一、醫事服務機構須對個案提供符合本計畫服務內容後，始得申報本標準診療項目。

二、每一個案須有「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」二項申報編號者，方得分別支付「追蹤管理費」及「診斷品質管理費」。

三、每一個案同一癌別週期，不得重複申報本標準。

(一) 大腸癌：執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。

(二) 口腔癌：執行期限內首筆完成追蹤管理結果及確診報告上傳者。

(三) 子宮頸癌：執行期限內首筆完成確診報告上傳者。

(四) 乳癌：執行期限內完成複檢或確診報告上傳者。

(五) 肺癌：執行期限內完成檢查追蹤或確診檢查報告上傳者。

玖、醫療費用申報、審查與點值結算

一、除另有規定外，依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準、全民健

康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用申報、審查及核付事宜。

二、本計畫所訂之各項給付費用，如與其他公務預算支應之計畫，屬同一事實，且受有性質相同給付者，不得重複申報或請領。經查證有重複之情事，不予受理費用申請或追回已核發之款項。

三、醫療費用申報

(一)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之清單段欄位填報：

1. 案件分類填報「E1」，特定治療項目代號依癌別填報如下：

(1)大腸癌：申報 P7701C，填報「HM:大腸癌追蹤管理」；申報 P7709C 填報「HN:大腸癌診斷品質管理」。

(2)口腔癌：申報 P7702C、P7703C 者，填報「HP:口腔癌追蹤管理」；申報 P7710B 者，填報「HQ:口腔癌診斷品質管理」。

(3)子宮頸癌：申報 P7704C 者，填報「HR:子宮頸癌追蹤管理」；申報 P7711C 者，填報「HS:子宮頸癌診斷品質管理」。

(4)乳癌：申報 P7705C、P7706C 者填報「HT:乳癌追蹤管理」；申報 P7712C、P7713C 者，填報「HW:乳癌診斷品質管理」。

(5)肺癌：申報 P7707B、P7708B 者，填報「HX:肺癌追蹤管理」；申報 P7714B、P7715B 者，填報「HY:肺癌診斷品質管理」。

2. 就醫序號：請填報「ICC4」。

3. 部分負擔代號：請填報「009(其他規定免部分負擔者)」。

(二)特約醫事服務機構門診醫療服務點數之醫令段欄位填報：

1. 申報 P7701C-P7708B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間」填報「篩檢日期」。

2. 申報 P7709C-P7715B，醫令類別填報「G」，支付點數填報「0」，「執行時間」填報「確診及處置執行日期」。

四、醫療費用核付、申復

(一)醫療費用核付：由健保保險人定期提供院所申報資料予國健署及口腔司依院所服務內容實際執行情形予以核定，每季提供保險人辦理醫療費用核付之依據。

(二)醫療費用申復：院所依全民健康保險療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定辦理申復，由保險人所轄分區業務組轉請國健署或口腔司複查並回復。

五、點值結算方式

(一)本計畫依部門別預算按季均分及結算，並採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元。當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

(二)全年結算時，全年預算不足之部門由結餘部門移撥預算進行結算，惟每點支付金額不高於 1 元。

拾、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由國健署邀集相關醫事團體代表及保險人等單位共同修訂，並依全民健康保險法所定程序辦理。如屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

拾壹、新年度計畫公告前，延用前一年度計畫；新年度計畫依保險人公告實施日期辦理，至於不符合新年度計畫者，得執行至保險人公告日之次月底止。

附件 1

全民健康保險癌症治療品質改善計畫
給付項目及支付標準

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
	追蹤管理費					
P7701C	-大腸癌	V	V	V	V	800
	-口腔癌					
P7702C	--高癌化初篩異常者	V	V	V	V	800
P7703C	--其他經評估須作切片者	V	V	V	V	400
P7704C	-子宮頸癌	V	V	V	V	800
	-乳癌					
P7705C	--Category 4、5	V	V	V	V	800
P7706C	--Category 0	V	V	V	V	400
	-肺癌					
P7707B	--Category 4A、4B、4X		V	V	V	800
P7708B	--Category 3		V	V	V	400
	註：由原篩檢醫事服務機構申報。					
	診斷品質管理費					
P7709C	-大腸癌_大腸鏡確診	V	V	V	V	1,700
P7710B	-口腔癌_切片確診		V	V	V	1,700
P7711C	-子宮頸癌_切片確診	V	V	V	V	1,200
	-乳癌					
P7712C	--確診及複診後確診	V	V	V	V	1,700
P7713C	--複檢後為 Category1、2、3 予以結案	V	V	V	V	1,200
	-肺癌					
P7714B	--確診或檢查追蹤後確診		V	V	V	1,700
P7715B	--完成第 1 次檢查追蹤予以結案		V	V	V	1,200
	註：由接受原篩檢醫事服務機構轉診(或轉介)之確診醫事服務機構申報。					

定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單

個案確診結果

113 年 1 月修訂

基本資料

姓名：_____

出生日期：民國_____年_____月_____日

身分證統一編號/統一證號(外籍)：_____

檢查醫療院所名稱代碼：_____，門診日期：民國_____年_____月_____日。

個案確診結果

1. 前項檢查陽性個案於檢查後三個月內有沒有接受後續確診？ ①沒有；②有。
2. 沒有接受確診理由為：①無法聯繫，②出國，③搬家，④死亡，⑤拒做，⑥其他_____。
3. 確診醫療院所名稱及代碼：_____，確診日期：民國_____年_____月_____日。
4. 檢查方法：①大腸鏡，②乙狀結腸鏡加大腸鉭劑攝影，③乙狀結腸鏡，④大腸鉭劑攝影，⑤其他_____。
5. 診斷：①正常，②痔瘡， ③潰瘍性大腸炎
④瘻肉，⑤大腸癌，⑥其他_____。
*如有瘻肉，瘻肉有無切除：①未切除，②已完全切除，③未完全切除。
6. 癌症治療：①無，原因：_____。
②有做手術、放療或化療，治療醫院名稱及代碼：_____。

※本表由原篩檢醫事服務機構依據接受轉診之確診醫事服務機構通知確診結果上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。可委請通過國健署認可的醫事檢驗機構辦理本項檢驗與資料上傳。

定量免疫法糞便潛血檢查服務檢查紀錄結果表單
大腸鏡確診結果

113 年 1 月修訂

基本資料

姓名：_____ 性別：男 女
 出生日期：民國_____年_____月_____日
 身分證統一編號/統一證號(外籍)：_____
 檢查醫療院所名稱代碼：_____，門診日期：民國_____年_____月_____日

大腸鏡等確診結果

1. 院名稱及代碼：_____
2. 大腸鏡檢日期(民國_____年_____月_____日)
3. 檢查方法(可複選)：①大腸鏡，②乙狀結腸鏡，③大腸鉭劑攝影，④其他
4. 大腸鏡伸入最深位置：⑩末端迴腸，⑪盲腸，⑫升結腸，⑬肝彎，⑭橫結腸，⑮脾彎，⑯降結腸，⑰乙狀結腸，⑱直腸，⑲外科手術接合處，⑩肛門口。
5. 診斷：①正常，②痔瘡，③潰瘍性大腸炎，④瘰肉，⑤大腸癌，⑥其他_____。
 a. 如有瘰肉，數目_____顆，最大_____公分(小數點 1 位)
 b. 瘰肉切除：①未切除，②已完全切除，③未全數切除，尚餘_____顆，④瘰肉未完整切除。
 c. 有無檢體：①無檢，②有檢體

6. 病理報告

病理機構代碼：_____

病理報告日期(民國_____年_____月_____日)

檢體編號： (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體)病灶位置：⑩末端迴腸 ⑪迴盲瓣 ⑫盲腸
⑫升結腸 ⑬肝彎 ⑭橫結腸 ⑮脾彎 ⑯降結腸 ⑰乙狀結腸 ⑱直腸乙狀結腸接合處 ⑲直腸 ⑲外科手術接合處 ⑩肛門口 ⑲檢體位置不明(檢體位置不明，登記檢體距離肛門口_____公分)

檢體病理報告(請逐顆登錄)：

① **Adenomatous polyp:**

- a Tubular adenoma
- b Tubulovillous adenoma
- c Villous adenoma
- High-grade dysplasia in adenoma
- ① Not identified
- ② Present

② **Serrated lesion and polyp:**

- a Hyperplastic polyp
- b1 Sessile serrated lesion
- b2 Sessile serrated adenoma with dysplasia
- c Traditional serrated adenoma
- d Unclassified serrated adenoma

③ **Adenocarcinoma**：若為 **Mucosal/submucosal resection specimen** 需填寫 C-G

A Histological type:

- a Adenocarcinoma, no specific subtype
- b Mucinous adenocarcinoma
- c Signet-ring cell carcinoma
- d Medullary carcinoma
- e Serrated adenocarcinoma
- f Micropapillary adenocarcinoma
- g Adenoma-like adenocarcinoma
- h Adenosquamous carcinoma
- i Carcinoma with sarcomatoid components
- ① Undifferentiated carcinoma

B Histological grade

- ① Gx ② Low-grade ③ High-grade

C Deep of invasion

Polypoid lesion: Haggitt's classification level

①1 ②2 ③3 ④4 ⑤Cannot be assessed

Sessile lesion (Submucosal invasion)

①<=1mm ②>1mm

D Angiolymphatic invasion

①not identified ②present ③Cannot be assessed

E Margins

①Cannot be assessed ②Involved ③Uninvolved but <=1mm in distance

④Uninvolved and >1mm in distance

F Tumor budding

①Bd1 (low): 0-4 buds ②Bd2(intermediate): 5-9 buds

③Bd3: (high): >+10 buds ④Cannot be assessed

G Specimen adequate for evaluation of histological markers

①Adequate

② Inadequate (原因: ① fragmentation ② extensive cauterization ③ poor orientation)

④ **Neuroendocrine neoplasm :**

a Neuroendocrine tumor

① Gx ① G1 ② G2 ③ G3

b Large cell neuroendocrine carcinoma

c Small cell neuroendocrine carcinoma

d Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)

⑤ **Haematolymphoid tumor :**

a B-cell lymphoma

b T-cell and NK-cell lymphoma

c Others

⑥ **Hamartomatous polyp :**

a Juvenile polyp/retention polyp

b Peutz-Jeghers polyp

⑦ **Inflammatory polyp/Prolapse-type polyp :**

⑧ **Colitis**

⑨ **Other :** _____

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行切片確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

大腸鏡報告 Colonoscopy Report

113 年 1 月修訂

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行大腸鏡確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

個人基本資料： 身分證字號：_____	適應症(Indication)： <input type="checkbox"/> ①國民健康署糞便潛血檢查陽性 檢查醫療院所名稱代碼：_____
性別： <input type="checkbox"/> ①男 <input type="checkbox"/> ②女 姓名：_____	門診日期：西元____年____月____日 <input type="checkbox"/> ②自費健康檢查
出生年月日：西元____年____月____日 年齡：_____	<input type="checkbox"/> ⑨其他臨床目的施行之大腸鏡 (有下拉選項，選擇)

大腸鏡檢醫事機構代碼(必要)：

病歷號碼(必要)：

大腸鏡檢日期(必要)：西元 年 月 日

檢查醫師姓名(必要)：

檢查醫師科別(必要)：①消化腸胃系內科 ②大腸直腸外科 ③一般外科 ⑨其他科別

時間登錄(24 小時制)：(選擇)

檢查開始時間： 時 分 秒

檢查至盲腸時間： 時 分 秒

檢查結束時間： 時 分 秒

大腸鏡伸入位置(Insertion level)最深位置(必要)：

- ⑩ Terminal ileum ⑪ Cecum ⑫ Ascending colon ⑬ Hepatic flexure
⑭ Transverse colon ⑮ Splenic flexure ⑯ Descending colon ⑰ Sigmoid colon
⑱ Rectum ⑲ Anastomosis ⑲ Anus

檢查前用藥(Premedication)(必要)：

止痙攣藥物：①無(有下拉選項，選擇) ①有

止痛鎮靜藥物：①無 ①有(有下拉選項，選擇)

清腸用藥(Colon cleansing agent) (必要)：(可複選)

- ①PEG-ELS 類 ②Phosphosoda 類 ③Magnesium citrate 類 ④Castor oil
⑤Dulcolax ⑥Enema ⑨其他

清腸給藥時間(Preparation time)：(選擇)

- ①Morning single dose ②Evening single dose ③Split dose

清腸程度(Colon cleansing level) (必要)：

- ①良好(Excellent) ②適當(Good) ③尚可(Fair) ④不良(Poor)

抗凝血藥物(Anti platelet/Coagulant)：(選擇)

- ①無 ①有(有下拉選項，選擇) ②不知道(或不清楚吃何藥)

大腸鏡檢後併發症(Complication) (必要)：(可複選)

- ①Nil ①Significant bleeding ②Perforation ③Cardiopulmonary complication
⑨其他

檢體總數(必要): 顆(含增生性瘻肉)

臨床診斷(內視鏡診斷)結果 (必要)	
<input type="checkbox"/> A 正常	(選擇) <input type="checkbox"/> 11 Negative finding <input type="checkbox"/> 12 Negative finding in the observable segments <input type="checkbox"/> 17 Poor preparation
<input type="checkbox"/> B 痔瘡	(選擇) <input type="checkbox"/> 14 External hemorrhoids <input type="checkbox"/> 15 Mixed hemorrhoids <input type="checkbox"/> 16 Internal hemorrhoids
<input type="checkbox"/> C 瘻肉	<input type="checkbox"/> 1 增生性瘻肉 (選擇) <input type="checkbox"/> 13 Hyperplastic polyp
	<input type="checkbox"/> 2 腺瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> 18 Tubular adenoma <input type="checkbox"/> 19 Tubulovillous adenoma <input type="checkbox"/> 10 Villous adenoma <input type="checkbox"/> 11 Sessile serrated adenoma <input type="checkbox"/> 12 Traditional serrated adenoma <input type="checkbox"/> 64 post-treatment residual neoplasm
	<input type="checkbox"/> 3 其他瘻肉 (選擇) <input type="checkbox"/> 13 Inflammatory polyp <input type="checkbox"/> 22 Juvenile polyp <input type="checkbox"/> 33 Peutz-Jeghers syndrome <input type="checkbox"/> 51 Colon polyposis, familial <input type="checkbox"/> 52 Colon polyposis
<input type="checkbox"/> D 腫瘤	<input type="checkbox"/> 1 疑似惡性腫瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> 14 Early colorectal cancer <input type="checkbox"/> 15 Advanced colorectal cancer
	<input type="checkbox"/> 2 其他腫瘤 (選擇) <input type="checkbox"/> 34 Lymphangioma <input type="checkbox"/> 35 Lipoma <input type="checkbox"/> 36 Carcinoid <input type="checkbox"/> 44 Submucosal tumor <input type="checkbox"/> 53 Colon MAL Toma
<input type="checkbox"/> E 發炎/潰瘍	(選擇) <input type="checkbox"/> 16 Colitis <input type="checkbox"/> 17 Non-specific colitis <input type="checkbox"/> 18 Ischemic colitis <input type="checkbox"/> 19 Infectious colitis <input type="checkbox"/> 20 Amebic colitis <input type="checkbox"/> 21 Ulcerative colitis <input type="checkbox"/> 22 Radiation colitis <input type="checkbox"/> 23 Pseudo-membranous colitis <input type="checkbox"/> 24 Drug induce colitis <input type="checkbox"/> 25 Cytomegalovirus colitis <input type="checkbox"/> 26 GVHD related colitis <input type="checkbox"/> 27 Crohn's disease <input type="checkbox"/> 30 Colonic ulcer <input type="checkbox"/> 27 Bechet's disease <input type="checkbox"/> 54 Proctitis <input type="checkbox"/> 55 Hemorrhagic colitis <input type="checkbox"/> 56 Colitis aphthosa
<input type="checkbox"/> F 其他異常	(選擇) <input type="checkbox"/> 28 Colonic diverticulum <input type="checkbox"/> 29 Colonic diverticulosis <input type="checkbox"/> 31 Melanosis coli <input type="checkbox"/> 38 Xanthoma <input type="checkbox"/> 39 S/P partial colectomy <input type="checkbox"/> 40 S/P left hemicolectomy <input type="checkbox"/> 41 S/P right hemicolectomy <input type="checkbox"/> 42 Situs inversus <input type="checkbox"/> 43 Colonic wall cyst <input type="checkbox"/> 45 Angiodysplasia (angiectasia) <input type="checkbox"/> 46 Lymphoid follicles <input type="checkbox"/> 47 Operation scar <input type="checkbox"/> 48 Suture granuloma <input type="checkbox"/> 49 Petechia <input type="checkbox"/> 50 Colonic tuberculosis <input type="checkbox"/> 57 Amyloidosis <input type="checkbox"/> 58 Mega colon <input type="checkbox"/> 59 Rectal varices <input type="checkbox"/> 60 Mucosa prolapse <input type="checkbox"/> 61 Intussusception <input type="checkbox"/> 62 colon fistula <input type="checkbox"/> 63 post endoscopy treatment scar <input type="checkbox"/> 65 Colonic stricture
<input type="checkbox"/> G 其他診斷	請填寫說明(必要):

第 N 個病灶處位置(必要):

- 00 Terminal ileum 11 ICV 01 Cecum 02 Ascending colon 03 Hepatic flexure
04 Transverse colon 05 Splenic flexure 06 Descending colon 07 Sigmoid colon
12 Rectosigmoid junction(RSJ) 08 Rectum 09 Anastomosis 10 Anus
09 位置不明(若位置不明,請登記病灶距離肛門口 公分)

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者,病灶處位置無需填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且②其他腫瘤者,病灶處位置可不填寫
- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且①疑似惡性腫瘤者,病灶處位置必填且應為單選;其餘診斷得複選

第 N 個病灶處處置(必要)：(可複選)

- 00 Nil(未處置) 01 S/p biopsy 2a S/p hot snare polypectomy 2b S/p cold snare polypectomy
 03 S/p EMR(Endoscopic mucosal resection) 04 S/p ESD(Endoscopic submucosal dissection)
 05 S/p hemostasis 06 S/p biopsy and removal 07 S/p hot biopsy and removal 08 S/p hemoclippping
 09 S/p tattooing 10 S/p stenting
 11 S/p endolooping 13 S/p EPMR(Endoscopic piecemeal mucosal resection)
 14 APC (argon plasma coagulation) 99 Other(其他處置)

第 N 個病灶處未處置(Nil)原因(必要)：(可複選)

- a Use of anti-platelet or anti-coagulant
 b Unexpected trouble during management (cardiopulmonary event, other complication, mechanical trouble, etc.)
 c Difficulty in management (will resect at another session of colonoscopy)
 d Difficulty in management (refer to other hospital)
 e Difficulty in management (refer for surgery)
 f Consent not obtained from the patient
 g Patient's schedule does not match (will resect at another session of colonoscopy)
 z Others

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者，病灶處處置及未處置(Nil)原因無需填寫
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且 ② 其他腫瘤者，病灶處處置及未處置(Nil)原因可不填寫；「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且 ① 疑似惡性腫瘤者病灶處處置及未處置時未處置(Nil)原因必填

第 N 個病灶處有無檢體(必要)：

- 0 無檢體 1 有檢體(無檢體以下無需填寫)

檢體大小(內視鏡下大小)： 公分(小數點 1 位)

檢體編號： (以 A 到 Z 呈現，區分每一檢體)

- ◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「A 正常」者，有無檢體無需填寫
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「B 痔瘡」或「C1 增生性瘻肉」或「E 發炎/潰瘍」或「F 其他異常」或「G 其他診斷」或「D 腫瘤」且 ② 其他腫瘤者，有無檢體可不填寫
◆ 臨床診斷(內視鏡診斷)結果為「C 瘻肉」(C1 增生性瘻肉除外)或「D 腫瘤」且 ① 疑似惡性腫瘤者，有無檢體必填且檢體必須逐顆呈現

註 1：若病灶不止一個，請再自行增加欄位。

註 2：若臨床診斷(內視鏡診斷)診斷為「增生性瘻肉」，得無須送驗檢體；惟，需算在總顆數內。

註 3：若無病灶完全正常者，至少應附 8 張照片(盲腸、升結腸、肝彎曲、橫結腸、脾彎曲、降結腸、乙狀結腸、直腸)；若有病灶，應附病灶照片。(照片無須上傳，留於醫院存查)

註 4：清腸程度

- (1)良好(Excellent)：僅有少量的清澈糞水，且 95% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
(2)適當(Good)：較多量的清澈糞水佔據小於 25% 的黏膜，且 90% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
(3)尚可(Fair)：半固體的糞便可被清除，清洗後 90% 以上的腸道黏膜可被清楚觀察。
(4)不良(Poor)：半固體的糞便無法被清除，且不到 90% 的腸道黏膜可被清楚觀察。

註 5：**併發症 Significant bleeding** 瘻肉切除後發生出血情形

- (1)中度(Moderate)：達輸血治療者。
(2)重度(Severe)：接受介入性治療者，例如：經血管攝影栓塞、外科手術等。

口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

個案複檢（確診）結果

113 年 1 月修訂

基本資料

姓名：_____原住民：是；否 性別：男 女

出生日期：民國_____年_____月_____日

身分證統一編號/統一證號(外籍)_____

聯絡電話：() _____；手機：_____

現居住地址：_____

B:個案複檢（確診）結果1.前項檢查疑似異常個案於檢查後 2 個月內有沒有接受後續複檢（確診）？①沒有；②有。2.沒有接受複檢(確診)理由為：①無法聯繫；②出國；③搬家；④死亡；⑤拒做；⑥其他

3.複檢（確診）醫院名稱及代碼：_____，

複檢（確診）日期：民國_____年_____月_____日

4.病理切片：①無；②有。5.診斷結果：①無明顯異常，

經臨床診斷（複檢）為非口腔癌之其他口腔病變：

①無明顯異常②疑似口腔癌③紅斑④紅白斑⑤非均質性白斑⑥均質性厚白斑⑦均質性薄白斑⑧疣狀增生⑨口腔黏膜下纖維化症⑩扁平苔癬或類扁平苔癬反應⑪其他經病理診斷(確診)為：⑫口腔癌；⑬上皮變異（⑭輕度⑮中度⑯重度）；⑰其他：_____

6.治療：

①無，個案僅需定期追蹤，目前無需治療，已給予衛教介入②有做手術、放療、化療或其他治療，治療醫院名稱及代碼_____③個案拒絕治療，理由_____

※本表由原篩檢醫事服務機構依據接受轉診之確診醫事服務機構通知確診結果上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

口腔黏膜檢查服務檢查紀錄結果表單

口腔黏膜病變個案複檢(確診)結果

113 年 1 月修訂

複檢(確診)醫院名稱及代碼：_____

複檢(確診)日期：民國_____年_____月_____日

臨床診斷(複檢)結果

- ⑩ 無明顯異常 ● 疑似口腔癌 ⑫ 紅斑 ⑬ 紅白斑 ⑧ 非均質性白斑 ⑨ 均質性厚白斑
 ⑩ 均質性薄白斑 ⑭ 疣狀增生 ⑮ 口腔黏膜下纖維化症 ⑯ 扁平苔癬或類扁平苔癬反應(lichen planus, lichenoid reaction) ● 其他_____

病理診斷(確診)結果 病理切片： ① 無， ② 有

- ① 正常
 ② 上皮過度角化或上皮增生(Hyperkeratosis and/or epithelial hyperplasia)
 ③ 輕度上皮變異(Mild dysplasia, SIN1, basal cell hyperplasia)
 ④ 中度上皮變異(Moderate dysplasia, SIN2-high-grade)
 ⑤ 重度上皮變異(Severe dysplasia, SIN3-high-grade)
 ⑥ 原位癌(Carcinoma in situ)
 ⑦ 口腔鱗狀細胞癌(Oral Squamous cell carcinoma, including verrucous carcinoma, adenosquamous carcinoma)
 ⑧ 其他惡性度未定之非鱗狀上皮病變(squamous lesions with uncertain malignant potential, including salivary gland neoplasm, atypical spindle cells, atypical lymphoid cells...)
 ⑨ 其他良性病變(other benign lesions)
 ⑩ 非典型鱗狀病變，惡性度未定(Atypical squamous lesions or atypia with uncertain malignant potential)
 ⑪ 口咽鱗狀細胞癌(Oropharyngeal squamous cell carcinoma)
 P16 陽性鱗狀細胞癌(P16-positive squamous cell carcinoma)
 P16 陰性鱗狀細胞癌(P16-negative squamous cell carcinoma)
 ⑫ 其他惡性腫瘤(Others malignant tumors: salivary gland carcinoma, other carcinoma, sarcoma lymphoma, melanoma...)
 ⑬ 疣狀病變/增生(Verrucous lesion, Verrucous hyperplasia, atypical verrucous hyperplasia)
 ⑮ 口腔黏膜下纖維化症(Oral submucous fibrosis)
 ⑯ 扁平苔癬或類扁平苔癬反應(lichen planus, lichenoid reaction)
 ● 其他(others) _____

複檢(確診)醫師簽名(蓋章)：_____，執業執照號碼：_____

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之切片確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

子宮頸（陰道）切片個案資料登記表

1. 個案姓名：_____

2. 出生日期：民國_____年_____月_____日

3. 身分證統一編號或統一證號：

4. 切片病理編號：_____

5. 切片採檢機構：_____

6. 切片判讀機構：_____

7. 切片日期：民國_____年_____月_____日

8. 切片報告日期：民國_____年_____月_____日

9. 病歷號：_____

10. 國籍別： 1 本國人士 2 外籍人士

11. 病理組織部位：(同筆切片可分子宮內頸及外頸：填 04、05)

01 子宮頸 04 子宮內頸 05 子宮外頸

02 陰道 (備註：子宮頸全切除者申報陰道切片)

03 子宮內膜

12. 手術方式：

01 全切除，例如：ATH, VTH, LAVH, radical hysterectomy, trachelectomy, vaginectomy 或其他方式

02 圓錐切片，例如：leep, conization, wedge resection 或其他方式

03 小切片，例如：punch, polypectomy, biopsy 或其他方式

04 子宮頸管搔刮術 (Endocervical curettage, ECC)

05 子宮內膜搔刮術 (Dilatation and curettage, D&C)

說明：部位為子宮頸，手術方式可選填 01、02、03、04
 部位為子宮內頸，手術方式可選填 01、02、03、04
 部位為子宮外頸，手術方式可選填 01、02、03
 部位為內膜，手術方式可選填 01、05
 部位為陰道，手術方式可選填 01、03

13. 子宮頸（陰道）病理組織切片結果（或診斷病名）：

00 Unremarkable cervical epithelium (no pathological change, no pathological diagnosis)

01 Benign epithelial lesion (Benign tumor, Inflammatory & reactive changes, myoma)

02 Mild dysplasia (Flat condyloma; CIN1; LSIL; VaIN1)

03 Moderate dysplasia (CIN2; HSIL; VaIN2)

04 Severe dysplasia (Carcinoma in situ; CIN3, HSIL, VaIN3)

05 Squamous cell carcinoma

06 Atypical glandular hyperplasia and dysplasia

07 Adenocarcinoma in situ

08 Adenocarcinoma

09 Adenosquamous carcinoma

10 Carcinoma (NOS, or other specific type)

11 Mesenchymal tumor, benign

12 Mesenchymal tumor, malignant

14 Squamous cell atypia / ASCUS

15 Dysplasia, Severity can not be determined

88 Inadequate specimen

99 Others：_____

組織部位 1 組織部位 2

手術方式 1 手術方式 2

切片結果 1 切片結果 2

Others1 Others2

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行切片確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

婦女乳房 X 光攝影檢查服務之篩檢疑似異常個案追蹤表

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：□□□□□ 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) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查 (六至十二個月)				<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 (確診或確診及治療醫院填寫)									
複檢醫院名稱		醫事機構代碼							
複檢日期	年 月 日								
複檢主治醫師姓名									
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) 可能是良性發現一須短期追蹤檢查(6 至 12 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。				
乳房 X 光攝影檢查結果為 (4)、(5) 及複檢後結果為 (4)、(5) 之確診檢查結果 (負責確診或治療之醫療院所填寫)									
確診醫院名稱		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。						
確診主治醫師姓名									
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 (6 至 12 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：_____，主治醫師：_____。								
<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)	<input type="checkbox"/> 腺管原位癌 (DCIS) <input type="checkbox"/> 侵襲性癌 (Invasive carcinoma) <input type="checkbox"/> 其他惡性腫瘤(非乳腺癌)							
	腫瘤大小 (Size)	x	x	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、 <input type="checkbox"/> 免疫治療 治療日期：_____年_____月_____日； 治療醫院名稱：_____ 醫事機構代碼：_____，主治醫師：_____。								<input type="checkbox"/> 未治療

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行複檢或確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。
 ※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。

肺癌早期偵測計畫疑似異常個案追蹤表

113 年 1 月修訂

個案基本資料 (攝影醫院填寫)									
姓名		性 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統一編號						
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：□□□□ 縣 市鄉 村 路 段 巷 號 市 區鎮 里 街 弄 樓								
低劑量電腦斷層攝影檢查結果 (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				
LDCT 攝影檢查結果	Modified Lung-RADS Category <input type="checkbox"/> 0 ; <input type="checkbox"/> 1, 2 ; <input type="checkbox"/> 3 ; <input type="checkbox"/> 4A; <input type="checkbox"/> 4B/4X								
低劑量電腦斷層攝影檢查評估結果 (攝影醫院填寫)									
評估醫師				評估日期	年 月 日				
胸腔專科醫師評估依據及結果	<input type="checkbox"/> 原 LDCT 影像	<input type="checkbox"/> 需之前影像對照。或攝影品質不佳，應重作低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 每 2 年定期低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 6 個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 3 個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 需進行確診程序							
	<input type="checkbox"/> 另進行 CT 等檢查	<input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估__個月後檢查追蹤 (請填 3 或 6 或 24) <input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估需進行確診程序							
重作或 3/6 個月後檢查追蹤結果 (追蹤醫院填寫)									
追蹤醫院名稱				醫事機構代碼					
追蹤日期	年 月 日								
重作或追蹤之評估依據及結果	<input type="checkbox"/> 本次檢查影像	<input type="checkbox"/> 每 2 年定期低劑量電腦斷層檢查 <input type="checkbox"/> 1 年後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 6 個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 3 個月後檢查追蹤 <input type="checkbox"/> 需進行確診程序							
	<input type="checkbox"/> 另進行 CT 等檢查	<input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估__個月後檢查追蹤 (請填 3 或 6 或 12 或 24) <input type="checkbox"/> 經 CT 等檢查後，評估需進行確診程序							
肺癌篩檢疑似異常個案之確診檢查結果 (確診及治療醫院填寫)									
確診及治療醫院名稱				醫事機構代碼					
確診程序執行日期	年 月 日	確定診斷			<input type="checkbox"/> 非肺癌； <input type="checkbox"/> 肺癌				
確診方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 手術切除或切片； <input type="checkbox"/> 電腦斷層指引切片； <input type="checkbox"/> 支氣管鏡檢查切片； <input type="checkbox"/> 超音波檢查切片； <input type="checkbox"/> 細胞學診斷 (含 bronchial washing/ brushing、胸水、痰液等)； <input type="checkbox"/> 其他_____								
非肺癌個案診斷 (可複選)	<input type="checkbox"/> 感染及發炎； <input type="checkbox"/> 肺結核； <input type="checkbox"/> 纖維化； <input type="checkbox"/> 塵肺病； <input type="checkbox"/> COPD； <input type="checkbox"/> 支氣管疾病； <input type="checkbox"/> 血管瘤； <input type="checkbox"/> AAH (Atypical adenomatous hyperplasia)； <input type="checkbox"/> 轉移性腫瘤(原發部位_____)； <input type="checkbox"/> 不明； <input type="checkbox"/> 良性或無異常； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請填 ICD 碼，若無，則補充說明)								
非肺癌個案處置(可複選)	<input type="checkbox"/> 手術切除； <input type="checkbox"/> 追蹤； <input type="checkbox"/> 藥物治療； <input type="checkbox"/> 其他_____ (請補充說明)								
組織學分類(Histology type)	<input type="checkbox"/> 肺腺癌； <input type="checkbox"/> 鱗狀細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 神經內分泌細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 小細胞肺癌； <input type="checkbox"/> 其他_____								
肺腺癌分類	<input type="checkbox"/> 原位癌(Carcinoma in situ) ； <input type="checkbox"/> 微侵襲性癌(Minimal invasive carcinoma) ； <input type="checkbox"/> 侵襲性癌(Invasive carcinoma)								
手術切除治療情形及手術病理結果 (須具病理診斷報告)	<input type="checkbox"/> 無，原因： <input type="checkbox"/> 拒絕手術； <input type="checkbox"/> 經評估不適合手術； <input type="checkbox"/> 其他(請說明理由)：_____								
	<input type="checkbox"/> 有：日期 _____年_____月_____日；主治醫師_____								
	腫瘤大小(Size)	mm × mm × mm							
病理分期(Pathological Stage)	T: N: M: Stage: _____ 無手術病理結果者，請填臨床分期 Stage: _____								
其他癌症治療 (可複選)	<input type="checkbox"/> 放射線治療； <input type="checkbox"/> 化學治療； <input type="checkbox"/> 標靶治療； <input type="checkbox"/> 免疫治療； <input type="checkbox"/> 局部消融治療 治療日期：_____年_____月_____日，主治醫師_____								<input type="checkbox"/> 未治療
治療醫院名稱：_____，醫事機構代碼：_____									

※本表由接受原篩檢醫事服務機構轉診之執行追蹤或確立診斷醫事服務機構上傳至癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統。

※本計畫應取得個案書面同意相關資料作為原轉診之篩檢醫事服務機構進行個案追蹤健康管理與衛生單位政策評估使用。