

檔 號：  
保存年限：

# 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

109年2月19日  
收字第085號

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2  
電話：(02)2959-4939  
傳真：(02)2959-2499  
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net  
承辦人：李敬 分機:13

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國 109 年 2 月 17 日  
發文字號：(109)全聯醫總富字第 0220 號  
速 別：  
附 件：附件參份

主 旨：為加強 COVID-19(武漢肺炎)之監測作業，衛生福利部疾病管制署公告訂定「社區監測通報採檢及個案處理流程」乙份，敦請貴會轉知所屬會員配合通報採檢，請察照辦理。

說 明：

- 一、依衛生福利部疾病管制署指示辦理。
- 二、建議貴會暨所屬會員優先參考或使用旨揭官署公告資料。
- 三、請貴會提醒所屬會員隨時至衛生福利部疾病管制署官網或 LINE 疾管家(疾病管制署致醫界通函第 411 號)查看有關 2019 新型冠狀病毒之最新防疫訊息。請院所前線人員優先加入疾病管制署相關聯絡資訊，防疫專線：1922 或 0800-001922 (全年無休免付費)；Line 官方帳號：@taiwancdc，與疾管家即時互動；官方網站：<http://www.cdc.gov.tw>。

中醫全聯會  
校對章(四)

正本：各縣市中醫師公會

理事長 柯富揚

附件:

為加強 COVID-19(武漢肺炎)監測，訂定「社區監測通報採檢及個案處理流程」，請醫師配合通報採檢(疾病管制署致醫界通函第 411 號)

各位醫界朋友，您好：

為加強 COVID-19(武漢肺炎)疑似個案偵測，及早防堵病毒於社區及醫療院所傳播，中央流行疫情指揮中心經諮詢專家再訂定「社區監測通報採檢及個案處理流程」(如附件 1)，請醫師配合加強通報及採檢：

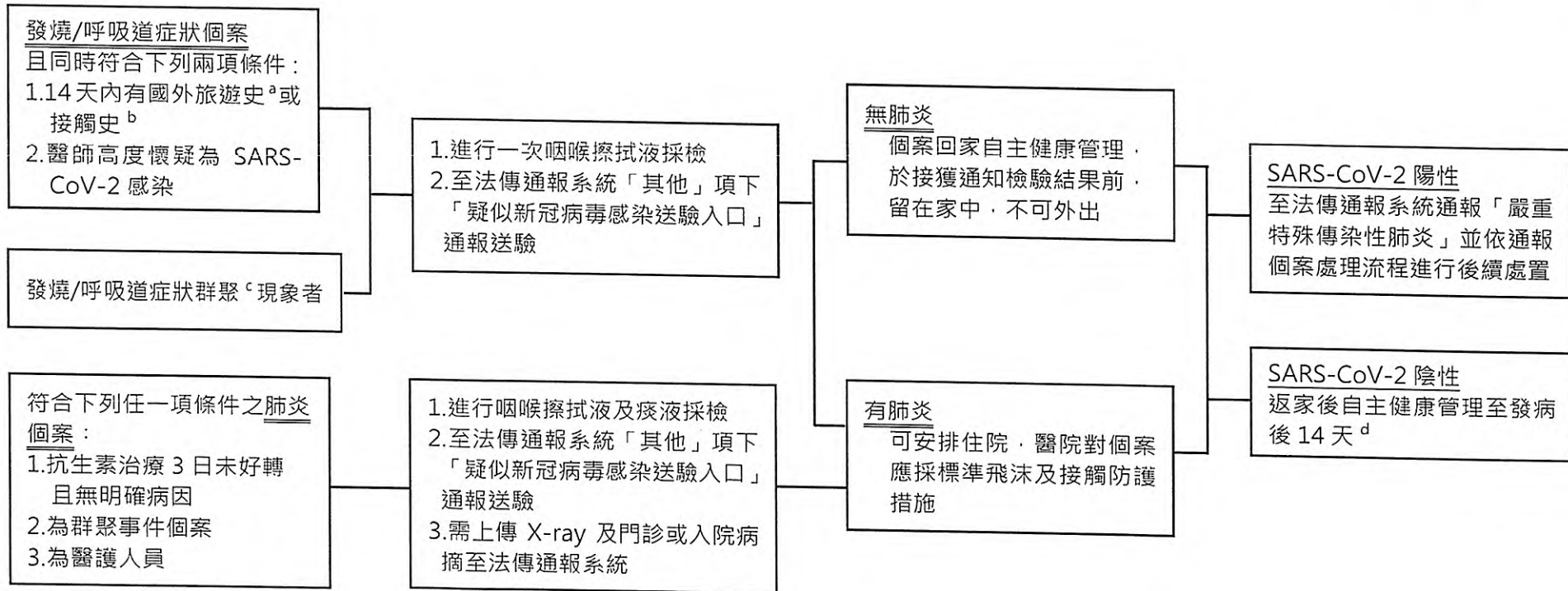
- 一· 14 天內具國際旅遊史或接觸史，且醫師高度懷疑新冠病毒感染之發燒或呼吸道感染個案：進行一次咽喉擦拭液採檢，並至法定傳染病通報系統之通報疾病「其他」項下「疑似新冠病毒感染送驗入口」進行通報送驗，同時填寫「旅遊史」之「旅遊國家」。
- 二· 發燒或呼吸道症狀群聚現象者：請循原流程至「症狀通報系統」通報送驗，如懷疑與 SARS-CoV-2 有關，請與疾病管制署各區管制中心聯繫通報送驗方式。
- 三· 「抗生素治療 3 日未好轉且無明確病因」、「群聚事件個案」或「醫護人員」之肺炎個案：採咽喉擦拭液及痰液，並至法定傳染病通報系統之通報疾病「其他」項下「疑似新冠病毒感染送驗入口」進行通報送驗，同時將 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· 病人如無須住院，請給予病人適當衛教，並提供自主健康管理應注意事

項(附件 2)，請其於簽收聯簽收後返家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。

# 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 16 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> 群聚事件仍請循原流程至「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

## 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