

【附表十三】

婦女乳房攝影檢查陽性個案追蹤表 (限篩檢個案)

個人基本資料 (乳房攝影醫院填寫)									
姓名	身分證字號								
	護照號碼(外籍人士)								
出生日期	_____年_____月_____日； 年齡：_____歲			聯絡資訊			電話：(____)_____		
	鄉鎮市區代碼：□□□□						手機：_____		
現居住地址	縣 市 鄉 村 路 段 巷 號								
	市 區 鎮 里 街 弄 樓								
乳房攝影檢查結果 (乳房攝影醫院填寫)									
醫院名稱				醫事機構代碼					
攝影日期	_____年_____月_____日								
攝影檢查結果	<input type="checkbox"/> (0)需附加其他影像檢查再評估 (Category 0: Need Additional Imaging Evaluation.)			<input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢 (Category 4: Suspicious Abnormality – Biopsy Should Be Considered.)					
	<input type="checkbox"/> (1)無異常發現 (Category 1: Negative.)			<input type="checkbox"/> a. Low suspicion					
<input type="checkbox"/> (2)良性發現 (Category 2: Benign Finding)			<input type="checkbox"/> b. Intermediate suspicion						
<input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現—需六個月追蹤檢查 (Category 3: Probably Benign Finding – Short Interval Follow-Up Suggested.)			<input type="checkbox"/> c. Moderate suspicion						
			<input type="checkbox"/> (5)高度疑似為惡性腫瘤必須採取適當的措施 (Category 5: Highly Suggestive of Malignancy – Appropriate Action Should Be Taken.)						
追蹤結果 (以下由乳房攝影醫院負責追蹤結果及鍵入資料)									
乳房攝影檢查結果為(0)之複檢結果(複檢醫院填寫)									
複檢醫院名稱				醫事機構代碼					
複檢日期	_____年_____月_____日								
複檢方式	<input type="checkbox"/> 診斷性乳房攝影檢查；			該項複檢方式檢查結果為：					
	<input type="checkbox"/> 乳房超音波檢查；			<input type="checkbox"/> (1)無異常發現。					
<input type="checkbox"/> 其他複檢方式：_____。			<input type="checkbox"/> (2)良性發現。						
			<input type="checkbox"/> (3)可能是良性發現—需六個月追蹤檢查。						
			<input type="checkbox"/> (4)可疑異常需考慮組織生檢。						
			<input type="checkbox"/> (5)高度疑為惡性腫瘤須採取適當措施。						
乳房攝影或乳房超音波檢查結果為(4)、(5)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					
確診日期	_____年_____月_____日			確定診斷			<input type="checkbox"/> 非乳癌； <input type="checkbox"/> 乳癌。		
確診方式	病理診斷 <input type="checkbox"/> 細針抽吸細胞學檢查； <input type="checkbox"/> 病理組織切片檢查								
	臨床診斷 <input type="checkbox"/> 超音波； <input type="checkbox"/> 其他：_____。								
手術	<input type="checkbox"/> 無：_____ (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：_____。								
手術後病理結果 (請附術後病理診斷報告)	組織學分類 (Histology type)			分級 (Grade)					
	腫瘤大小 (Size)			_____ × _____ × _____ cm					
	局部淋巴結 (Regional LN)			_____/_____/_____ (Positive nodes/Total nodes)					
	病理分期 (Pathological Stage)			T: _____ N: _____ M: _____ S: _____					
<input type="checkbox"/> 此案無法追蹤，轉回個案現居住地址所屬衛生局追蹤； 追蹤單位：_____ (縣/市) _____ 衛生所； 追蹤人員姓名：_____，追蹤日期：_____年_____月_____日。									

注意事項：本資料將作為衛生單位政策評估或個案追蹤使用，如不同意接受追蹤，請以書面通知國民健康局（臺北縣新莊市長青街2號），註明姓名、檢查時間及檢查單位，如未通知視為同意。

第一聯：存乳房X光攝影醫療機構

(98年11月修訂)

