

正本

收文日期	109. 1. 31
編 號	2608

檔 號：
保存年限：

新北市政府衛生局 函

地址：22006新北市板橋區英士路192之1號1樓

承辦人：蔡黃雄

電話：(02)22577155 分機1866

傳真：(02)22577167

電子信箱：AJ2145@ntpc.gov.tw



22069

新北市板橋區三民路2段37號11樓

受文者：社團法人新北市牙醫師公會

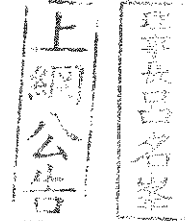
發文日期：中華民國109年1月22日

發文字號：新北衛疾字第1090135111號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：109年新北市政府衛生局因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥處理流程
1份



主旨：為提升醫療院所人員愛滋防治知能並強化執行職務過程中之自我保護，本局制定「109年新北市政府衛生局因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥(下稱oPEP)處理流程」及申請補助費用相關事宜，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署108年12月5日疾管慢字第1080301180號函辦理。
- 二、為因應醫療人員因執行職務發生意外，恐有暴露愛滋病毒之虞，但不清楚預防性投藥訊息與愛滋治療新知，為使醫療人員能就近及時獲得完整資訊和協助，本局制定就醫相關流程與預防性投藥及愛滋治療相關訊息並設立聯繫窗口，讓醫療人員能儘速就醫與完成申請補助相關費用(如附件)。
- 三、另，有關醫療人員發生扎傷及血液體液暴觸之感染控制可參考「扎傷及血液體液暴觸之感染控制措施指引」，請逕至「疾管署網站/傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類免疫缺乏病毒感染/治療照護/愛滋病預防性投藥」下載相關資訊。

正本：社團法人新北市牙醫師公會、新北市健保診所協會、社團法人新北市中醫師公會、新北市護理師護士公會、新北市政府消防局、新北市政府警察局、社團法人新北市醫師公會、新北市53家醫院

副本：衛生福利部疾病管制署

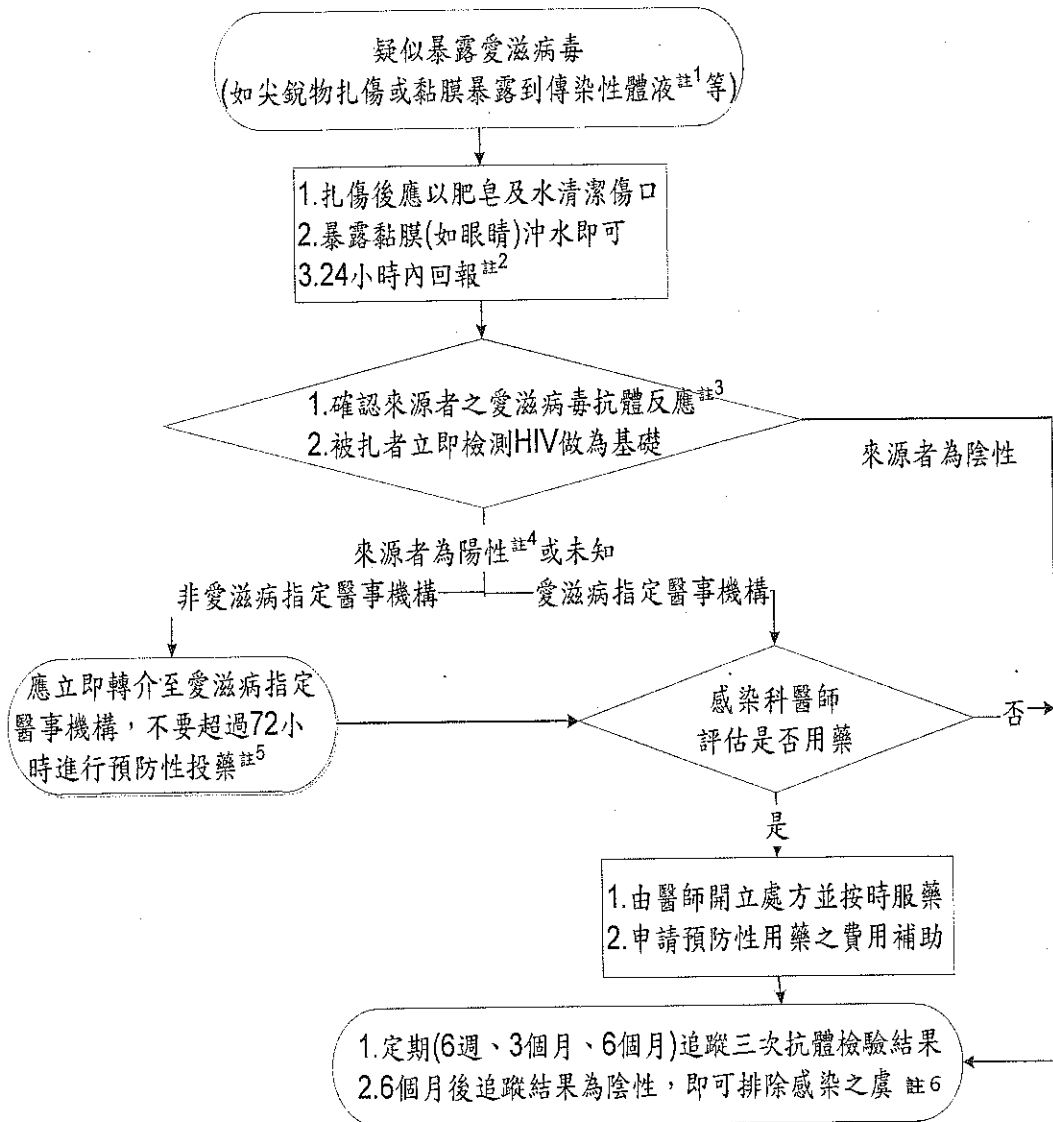
局長 陳潤秋

本署衛生局負責規定檢驗業務主管執行



新北市政府衛生局因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥

處理流程圖



註1：傳染性體液之種類，如血液、精液、陰道分泌物、直腸分泌物、乳汁或任何眼見帶有血液的體液。

註2：於發生暴露後24小時內向工作單位主管通報，並於1週內(FAX：02-22577167)將「因執行業務意外暴露愛滋病毒通報單」通報新北市政府衛生局備查，相關諮詢可於上午8:00至下午18:00聯絡電話02-22577155分機1866或愛滋諮詢專線0800-001-069洽詢或疾病管制署防疫專線1922，夜間撥打(24H)防疫專線：02-22586923。

註3：採檢時，應顧及來源者之隱私，以不具名方式採檢。

註4：倘來源者以不具名篩檢結果為陽性，後續依匿篩作業流程進行篩檢後諮商作業。

註5：預防性投藥要愈早愈好，應立即轉介至愛滋病指定醫事機構，不要超過72小時。若已超過72小時，但經醫師評估仍有預防性投藥之必要，亦可投藥，惟超過7天則無預防效果。(愛滋病指定醫療機構：亞東、雙和、淡水馬偕、慈濟、台大金山分院、新店耕莘等醫院，其他相關醫療院所請見(疾病管制署官網/傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類免疫缺乏病毒感染治療照護/指定醫事機構)。

註6：若使用抗體複合型檢驗(Combo test)，3-4個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞。

因執行職務意外暴露愛滋病毒後預防性投藥

補助費用申請注意事項

108年1月31日制定

1. 依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第6條，疾病管制署(下稱疾管署)為防止相關人員因執行職務而意外接觸到含有愛滋病毒(HIV)之血液或體液，得補助其暴露愛滋病毒後預防性投藥相關費用，特訂定本注意事項。
2. 費用補助對象：
 - 一、醫事人員或醫療相關工作人員等因診療、處置或照護愛滋病毒感染者或因執行業務而發生事故，疑似有暴露愛滋病毒感染風險者。
 - 二、警察、消防及救護技術員等(包含志、義工)因執行職務而發生事故，疑似有暴露愛滋病毒感染風險者。
 - 三、其他因執行職務而發生事故，疑似有暴露愛滋病毒感染之風險者。
3. 因執行職務暴露愛滋病毒後預防性投藥補助申請資格及程序：
 - 一、申請資格：符合費用補助對象，且經醫師評估須進行暴露愛滋病毒後預防性投藥者，由疾管署全額補助暴露愛滋病毒後預防性投藥之醫療處置費用(含愛滋病毒檢驗、愛滋預防性投藥、診察費、藥事服務費及掛號費等)。

二、申請程序：

- (一) 工作單位應於暴露事件發生後，1 週內將「因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單」(附件一)送所在地衛生局備查，以利提供諮詢及輔導。
- (二) 暴露者依醫囑服完藥後並依序完成第 6 個月抗體檢驗時，暴露者之工作單位應協助儘速函具下列資料，送所在地衛生局進行預防性投藥之相關醫療處置費用補助之初審，再由衛生局函送至疾管署所轄各區管制中心進行複審。
 1. 申請單位之領據
 2. 醫療費用收據正本(應貼妥於申請單位之黏貼憑證並完成核銷程序)
 3. 費用明細
 4. 病歷摘要
 5. 因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單(如附件一)
 6. 血液追蹤紀錄單(如附件二)
4. 衛生局接獲通報因執行職務意外暴露愛滋病毒事件後，應提供暴露者及其工作單位諮詢服務(如輔導儘速就醫、向工作單位報告暴露事件、遵醫囑服藥、定期追蹤檢驗愛滋病毒，及預防性投藥費用補助等)。
5. 暴露者若經醫師評估須預防性投藥者，應進行後續諮詢及暴露後血清學追蹤和評估，血清學追蹤時程為暴露時基礎值(起始點)、暴露後 6 週、3 個月

及 6 個月，若 6 個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞。但若使用愛滋病毒抗原/抗體複合型檢驗(Combo test)，追蹤時程為暴露時基礎值（起始點）、暴露後 6 週及 3-4 個月，若 3-4 個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞。倘經檢驗為愛滋病毒陽性，醫療院所應依法通報；若是配合主管機關而提供感染者服務工作或執行「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」相關工作而感染愛滋病毒者，可依據「執行人類免疫缺乏病毒傳染防治工作致感染者補償辦法」向服務機關（構）申請補償金。

6. 補充說明事項

(1)倘醫師(診治醫師或受暴露者)有預防性投藥相關醫療諮詢之需，可撥打疾病管制署防疫專線 1922，轉專線醫師提供預防性投藥相關醫療諮詢服務之資訊。

(2)上述補助 oPEP 相關費用：可依該署「oPEP 補助費用申請注意事項」提出申請（可逕至衛生福利部疾病管制署網站首頁>傳染病與防疫專題>傳染病介紹>第三類法定傳染病>人類免疫缺乏病毒感染>治療照護>愛滋病預防性投藥>暴露愛滋病毒「後」預防性投藥項下查詢下載運用）。

因執行職務意外暴露愛滋病毒通報單

附件一

填表單位		填表日期	年 月 日	編號	
基本資料	一、姓名 _____ 職稱 _____ 單位別/電話 _____ /				
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生日期 _____ 服務年資 _____				
發生時間	年 月 日		發生地點		污染源種類
	時 分		<input type="checkbox"/> 職場內： _____ <input type="checkbox"/> 職場外： _____		
事件類別	<input type="checkbox"/> 一般注射針器 <input type="checkbox"/> 頭皮針 <input type="checkbox"/> 縫針、刀片 <input type="checkbox"/> 靜脈留置針 <input type="checkbox"/> 血糖測試針 <input type="checkbox"/> 採血尖銳物 <input type="checkbox"/> 外科器械 <input type="checkbox"/> 玻璃片 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其他： _____				
	當時情況 <input type="checkbox"/> 針頭回套未對準或戳破 <input type="checkbox"/> 清理或清除用物時 <input type="checkbox"/> 針頭彎曲或折斷 <input type="checkbox"/> 廢棄針頭收集盒過滿扎傷 <input type="checkbox"/> 尖銳針器隱藏其他物品中 <input type="checkbox"/> 注射/加藥時 <input type="checkbox"/> 病人躁動 <input type="checkbox"/> 解開器具配備時/清洗用物時 <input type="checkbox"/> 尖銳針器突然掉落 <input type="checkbox"/> 暴露病人血液中 <input type="checkbox"/> 抽血時 <input type="checkbox"/> 手術中 <input type="checkbox"/> 其他： _____				
發生原因	<input type="checkbox"/> 環境傷害因素 <input type="checkbox"/> 設施/設備因素 <input type="checkbox"/> 人為疏失 <input type="checkbox"/> 技術不良 <input type="checkbox"/> 其他因素 _____				
	行政類 <input type="checkbox"/> 工作人員管理問題 <input type="checkbox"/> 環境設備管理問題 <input type="checkbox"/> 作業流程設計問題 <input type="checkbox"/> 其他，說明 _____				
發生經過	※描述事發經過： 扎傷部位及深度(敘述)： 扎傷物品已污染： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 扎傷次數： <input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 曾扎傷過，第 _____ 次 工作中戴手套： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 感染源是否為 HIV 高危險群： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知				
	立即通知： <input type="checkbox"/> 直屬主管 _____ <input type="checkbox"/> 其他相關科室 _____ 立即處理： <input type="checkbox"/> 扎傷處緊急處理 <input type="checkbox"/> 流動的水沖洗 <input type="checkbox"/> 消毒 <input type="checkbox"/> 包紮 <input type="checkbox"/> 暴露黏膜大量沖水 <input type="checkbox"/> 收集感染源現有檢驗資料及採集感染源血液 後續處理： <input type="checkbox"/> 於醫院 _____ 科掛號看診；是否進行暴露愛滋病毒後預防性投藥： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 通報勞安室 <input type="checkbox"/> 其它： _____ 證明人： <input type="checkbox"/> 直屬主管 _____ <input type="checkbox"/> 其他人員 _____				

備註：請於發生暴露後 24 小時內向工作單位報告，以利儘快預防性投藥，並於一週內將本通報單送所在地衛生局備查，以利提供諮詢與輔導。

血液追蹤紀錄單

附件二

暴露者姓名			員工代碼				
檢驗報告	感染源	暴露者				備註	
		暴露當時	6週	3個月	6個月		
HBsAg							
Anti-HBs							
Anti-HCV							
Anti-HIV						若使用愛滋病毒抗原/抗體複合型檢驗 (Combo test)，追蹤時程為暴露時基礎值 (起始點)，暴露後 6週及3-4 個月，若3-4 個月後追蹤結果為陰性，即可排除感染之虞	
RPR/VDRL							
SGOT(AST)						感染來源為HCV陽性時檢測	
SGPT (ALT)						感染來源為HCV陽性時檢測	

服用之抗人類免疫缺乏病毒藥品預防性藥物處方：

實際服藥天數：____天

實際服藥天數不足28天之原因：

- 病人自行停藥
- 因副作用經與醫師討論後停藥
- 醫囑開藥未達28天，請說明原因_____
- 其他，請說明原因_____

服藥後之副作用：

其它追蹤說明：